Health Canada Santé Canada

Fairness in Families, Schools and Workplaces:

Implications for Healthy Relationships in these Environments

Canada

103-00895

Fairness in Families, Schools and Workplaces:

Implications for Healthy Relationships in these Environments

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.

Health Canada

Published by authority of the
Minister of Health

Également disponible en français sous le titre :
L'équité dans les familles, les écoles et les milieux de travail :
Les implications d'assurer des relations saines dans ces milieux

This publication can be made available in/on
(computer diskette/large print/audio-cassette/braille) upon request.

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002
Cat. H46-2/01-251E
ISBN 0-662-31132-9

02-HECS-251

Table of Contents

Introduction 5

Fairness, Legitimacy, Consent and Health 6

Power Relations 8

Relations of Mutuality, Regard, Esteem, Respect 8

The Biochemistry of Fairness. 10

Chart: Power, Fairness and Health. 11

Fairness and Health in Families 12

Fairness and Health in Schools 15

Fairness and Health in Workplaces. 19

Conclusion and Policy Implications 26

References 28

Appendix 1: Notes on the Sociobiological Translation 33

Appendix 2: Comments from Town Hall Meetings 35

About the Workplace Health Bureau of Health Canada

The creation of a safe, healthy and supportive work environment is a vital component of Health Canada's efforts to improve the health of Canadians and their families. The mandate and key activity areas of the Workplace Health Bureau include strategies and understanding of comprehensive workplace health, building national and international capacity through partnerships, establishing links with other federal and provincial stakeholders and the dissemination of workplace health system models. Other activities include developing resources to increase awareness of the need for a comprehensive and integrated approach to maintaining and improving workplace health; support for the development of organizations that are interested in promoting comprehensive health; and collaboration with the National Quality Institute on the development and establishment of the *National Healthy Workplace Award*.

Introduction

There is increasing evidence that fairness in human relationships has a significant impact on the health of those involved in them. The evidence comes to light primarily by taking a fresh look at existing research that comes from different disciplines and that has been conducted in different settings. Through a process of deduction, it is possible to reinterpret existing results using a form of subdural analysis that cuts across and below specialized languages to reveal common conceptual foundations.

The analysis uses the conceptual tools of fairness, legitimacy and consent to show that psychosocial (relational) conditions in families, schools and workplaces contribute to health or the lack of it in these settings in significant ways.

Important bodies of research in each of the three areas noted above identify types of relationships that are healthful or harmful in various degrees. However, the languages of specific scientific disciplines are such that commonalities between them are often hard to discern.

The thesis of this discussion paper is that the concepts of fairness, legitimacy and consent add explanatory power to the results of diverse studies by revealing common links between psychosocial factors and health in all three settings considered here. By showing these links, the concepts also point more clearly to what we should do, or try to do, in order to promote health in and through families, schools and workplaces.

The outline of the paper is as follows. First, an attempt will be made to show that fairness, legitimacy and consent in human affairs are significant influences on health. Second, the research literature concerning ways in which human interactions in families, schools and workplaces affect health will be re-examined from the perspective that fairness, legitimacy and consent underlie apparently diverse explanations of why these relationships are important. Third, the implications of this reinterpretation will be examined with regard to policies at both a social and an institutional level. In this paper, "institutions" mean families, schools and workplaces.

Fairness, Legitimacy, Consent and Health

For purposes of this discussion some working definitions are proposed. These definitions draw upon many sources to form rivers of thought hopefully relevant for our time and place. But of course they are infinitely debatable. The point of stimulating such debate for present purposes is to challenge ourselves to think through as best we can the relevance of these fundamental social ideas to health. This is a relatively new exercise that so far has been conducted in the context of what has come to be called Relative Deprivation Theory. This is the theory that appears to underlie much of the discussion about the population health effects of social and economic inequity. However, this paper is not primarily about that. It is about life in families, schools and workplaces. Nonetheless, how fairness, legitimacy and consent are managed in these institutions can, and believably does have an important *moderating* role with regard to the population effects of relative deprivation and this role will be discussed later.

An examination of the literature reveals that "fairness" comprises both perceptual and emotional dimensions.

1. Fairness is the *perception* that one's interests claims or rights are recognized, acknowledged and given reasonable weight by significant others to whom one is affiliated by ties of kinship, friendship, collegiality or contract in situations where the interests, claims or rights of those others have to be reconciled.

   The definition so far draws upon the work of John Rawls (1971) and Ronald Dworkin (1978), and is in a broad sense reflective of the basic tenets of liberal democracy (see, for example, Dahl, 1970).

   Note that this idea of fairness is relevant to a wide variety of relationships - husband and wife, parent and child, friends and lovers, employees and employers, students and teachers. It is as relevant in the kitchen as it is in the factory or schoolroom.

2. Fairness is also a bundle of *emotions* that include but may not be limited to comfort, security, trust, mental well-being and "coherence" (all is right with the world) that follow rapidly on the heels of the perceptions just noted.

   To amplify this statement somewhat, a sense of fairness may be experienced as feelings of:

   - *comfort* associated with belonging to a group or community with shared values, beliefs, understanding and standards of conduct;
   - *well-being* associated with the warmth of other people's respect, regard and trust;

- *calmness* associated with knowing that others are not trying to gain unearned advantage over you;
- *coherence and order* associated with the workings of a higher form of justice in human affairs.

Correspondingly, a sense of unfairness may be experienced as feelings of:

- *anxiety* associated with the perception that one's values, beliefs, understandings and standards of conduct are not shared;
- *depression* arising from the perception that one is not seen as being worthy of just treatment;
- *anger* at being tricked, left out, ignored and not being taken seriously by others;
- *alienation and disorder* associated with the perception that no higher form of justice prevails in human affairs.

The emotional dimension of fairness just described draws primarily on the empirical and summative work of Tyler (1997) and Williams (1998), among others (see, for example, Freund, 1990; Lyon 1994, Brunner, 1997).

Taken together, the perceptual and emotional elements of fairness blend theories of procedural justice with the Sociology of Emotions through processes that are described by Tarlov (1996) as *Sociobiological Translation*. Sociobiological Translation is "proposed as a mechanism by which human beings receive messages about the social environment and convert the messages to biological signals that trigger the processes of disease development" (Tarlov, 1996 at 85). Arguably, the Sociobiological Translation has two phases although they are hard to separate because of the complexity of brain-body feedback loops. The first phase involves the translation of perceptions into emotions; the second phase involves the translation of emotions into neuroimmunological processes that ultimately influence physical health status. As Tarlov says, the study of these processes is "a great new frontier for science" (*ibid.* at 84). However, numerous studies are already in hand that link social structure to health outcomes including depression, osteoporosis, cardiovascular diseases, certain forms of cancer, and higher susceptibility to a wide range of viral and bacterial infections (Appendix 1).

Fairness, as described here, depends on *mutual regard, esteem and respect* by its very definition. However, these qualities of interaction may be expressed viscerally and with high levels of emotion in some situations - e.g., discussions about who does the housework - and more institutionally and perhaps with less passion in others - e.g., negotiations about job promotion.

Regardless of the situation, many things can detract from fairness. These things can be classified under two major headings - "information failure" and "participation failure", for a full discussion of which one can do no better than refer to the work of Michael Trebilcock (1993).

Information failure of the kind that is likely to be seen and experienced as unfair means the wilful withholding of relevant facts by one or more parties to a transaction. While we are familiar with such unfair practices in labour negotiations (where they occur often) the idea of information failure is just as relevant in familial and domestic situations. The purpose of withholding information is to gain or maintain advantage. Information in some contexts is considered

to be property and so the holder of such property may feel justified in not sharing it, even if by doing so the party with whom he or she is dealing is disadvantaged by the lack of knowledge. In our society, the law of the land draws certain boundaries around advantage - seeking through information - withholding because beyond a certain point such practices are thought to *vitiate consent to bargains*. The notion of consent in doctor-patient relationships also is predicated on the idea of *free and informed* choice with regard to medical/surgical procedures. Consent and it's prerequisite, free and informed choice, are therefore at the centre of the idea of fairness and express themselves as a requirement for reasonable disclosure of information that could have a material bearing on the distribution of advantages and disadvantages from a negotiation.

Participation failure is another major source of unfairness in relationships. It refers, basically, to being left out or somehow excluded from decision-making processes in the outcome of which one has some material interest. Failure of one party to gather input from another, to seek consultation or advice in the process of making decisions that affect **all** parties is likely to be seen as unfair save in situations where the need to solicit participation is shelved by mutual consent - e.g., in "authority" relations (described below), in emergencies, or where the capacity of one party is diminished by virtue of infancy, senility, temporary lack of consciousness, etc.

The essence of participation failure, then, is that, like information failure, it *vitiates the consent* of disadvantaged parties because no opportunity is afforded them to exercise choice concerning outcomes that materially affect them.

Both information failure and participation failure are failures of procedural justice and both emanate from what we might typify as "Power Relations", as distinct from Relations of Mutuality, Regard, Esteem and Respect. For these purposes the two sets of relations may be characterized by the following descriptors:

Power Relations

- **Controlling, hoarding information, resources**
- **Use or threat of physical or psychological coercion to achieve objectives**
- **Advantage-seeking**
- **Non-consensuality**
- **Position-taking**
- **Conflict-attracting**

Relations of Mutuality, Regard, Esteem, Respect

- **Sharing information, resources**
- **Use of reason and logic to achieve objectives**
- **Seeking common ground, mutual advantage**
- **Consensuality**
- **Declaring interests, seeking to understand those of others**
- **Harmony-seeking**

It is not necessary to argue that these styles of relations are mutually exclusive. Clearly they are not. Most relationships contain elements of each, their relationship to health outcomes being a function of proportion.

A third intermediate type of relationship should be described in this context, namely, "Authority Relations". Authority can be thought of as the *legitimate* exercise of *restrained* power, where information and participation inequalities are believed by most people to be sanctioned by some form of social contract. Usually in authority relations there are complex rules governing the exercise of public power through instruments of government, such as the police, the courts, and the bureaucracies of country, province and townships. In the exercise of private power – e.g., in privately owned workplaces – there are also numerous checks and balances imposed by the public sector relating to conditions of employment, health, safety and so on.

Healthy liberal democracies exercise constant vigilance over the exercise of authority to ensure that it does not degenerate into the exercise of raw power (with sometimes mixed results). But the point is that authority (in liberal democracies at least) is by definition consensual – at least in a historical sense – because it is assigned through democratic processes, which are themselves deemed quintessentially consensual. The real issue becomes, therefore, to maintain vigilance over the boundaries between authority and power to ensure that one does not devolve into the other. In any event, the rules that govern the exercise of authority are themselves the imperfect vehicles of procedural justice in our society. The fairness of authority is therefore tied to its ability to demonstrate procedural justice in action. At least authority relations have a *chance* of being perceived as fair, whereas power relations have no such chance.

With these contrasts in mind, we can return to the research that links social events to health through the Sociobiological Translation.

The Biochemistry of Fairness

The Sociobiological Translation is being studied with increasing intensity in connection with the effect of power relations on health. The emphasis has been on lack of influence or control, which was argued earlier as likely to be seen and experienced as unfair.

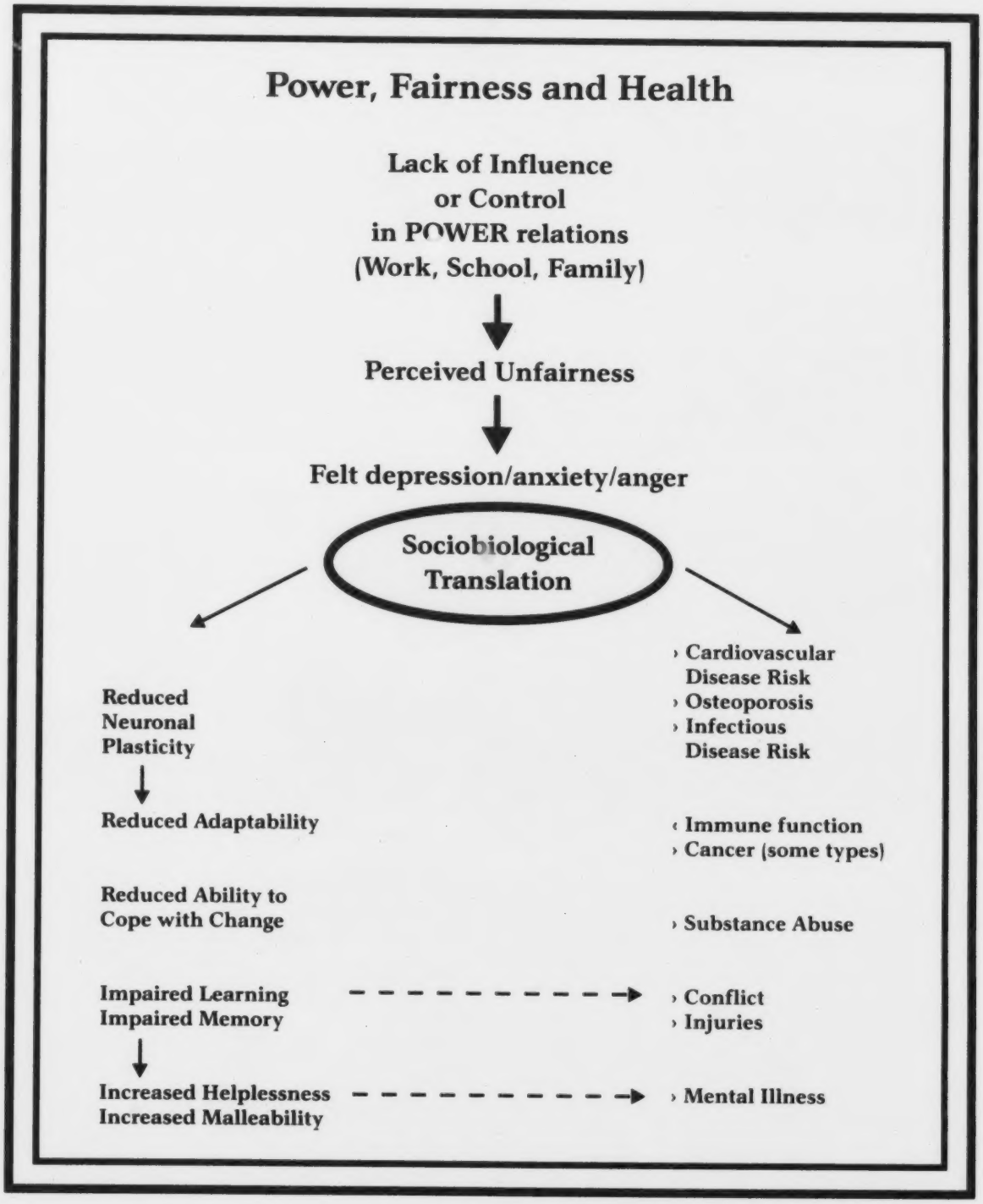
The following chart (Power, Fairness and Health) offers a broad overview of connections that have been made or postulated to date between lack of influence or control in power relations and various health outcomes as moderated by the perceptions and feelings associated with unfairness. Perceived unfairness in this paradigm owes its place to deductive logic in so far as we can deduce from the lack of consent involved in power relations a range of emotional states including depression, anxiety and anger.

Because of the complexity of the evidence in this technical area, readers are referred to Appendix 1 for a glimpse into the literature on this subject. Broadly speaking, however, the chart shows the impact of emotions on two major areas of functioning - health and capacities.

"Health" impacts include cardiovascular and infectious diseases, osteoporosis, fibromyalgia, and various forms of mental disorder.

"Capacity" impacts include reduced flexibility, creativity, ability to learn, remember and cope with change.

In the following three sections an effort is made to recast the research on health as it relates to family, school and workplace dynamics in the framework of power relations versus relations of mutual regard, esteem and respect. The assumption throughout is that the processes of Sociobiological Translation connect family, school and workplace dynamics to health and capacity outcomes.


Power, Fairness and Health
Lack of Influence
or Control
in POWER relations
(Work, School, Family)
Perceived Unfairness
Felt depression/anxiety/anger
Sociobiological
Translation
› Cardiovascular
Disease Risk
› Osteoporosis
› Infectious
Disease Risk
Reduced
Neuronal
Plasticity
Reduced Adaptability
‹ Immune function
› Cancer (some types)
Reduced Ability to
Cope with Change
› Substance Abuse
Impaired Learning
Impaired Memory
› Conflict
› Injuries
Increased Helplessness
Increased Malleability
› Mental Illness

Fairness and Health in Families

It has become quite clear from research over the last quarter century that certain ways of running families are healthier for their young members than others. One of the pre-eminent scientists in this field, Diana Baumrind, has conceptualized the parenting style of the healthiest families as being "authoritative" (Baumrind, 1991). The authoritative style refers to a "constellation of warmth, democracy and demandingness" (Steinberg, 1990); it can be distinguished from authoritarian, permissive and even so-called democratic styles of parenting. The authoritative parent is loving but firm, supportive yet demanding. Above all, the authoritative style of parenting *evolves* as the child grows older so that he or she finds increasing levels of autonomy within the family as knowledge and competence develop. Decision-making is an increasingly shared responsibility between parents and children as the latter mature in the authoritative family. This contrasts with the "authoritarian" family in which *control* of children by parents is the dominant mode of interaction that is sustained into adolescence and beyond. It contrasts, too, with the "democratic" family in which shared decision-making is an ideology enforced often at the expense of younger children who are not equal to the task of participating equally. Nonetheless, democratic families are typically warmer than authoritarian families whose atmosphere is often described as cold and remote. For this reason, perhaps, democratic families produce children who are reasonably healthy but more prone to such problems as drug abuse (Office of Technology Assessment 1991, Vol II at p. 40; Baumrind, 1991 at p. 752).

According to Steinberg, the conclusion one reaches from several comprehensive reviews of the literature on parenting practices and their outcomes is that "adolescents who grow up in authoritative homes score higher on indices of psychological development and mental health, virtually however defined" (Steinberg, 1990). And the Office of Technology Assessment (1991) concludes, "Research has shown... that adolescents in authoritative and democratic families on the average are better adjusted in terms of mental health, self image, social integration and ability to make independent decisions (self-directed) than their peers from authoritarian homes (i.e., homes in which parents exert rigid controls) or permissive homes (i.e., homes in which parents are either uninvolved or are lax in controlling behaviour of their children).

Fonagy (1996), who reviews the extensive literature on "patterns of attachment" in infancy and childhood and their relationship to health in later years, arrives at a conclusion very similar to that of Steinberg (1990). Attachment theory (Bowlby, 1969, 1973, 1980) "postulates a universal human need to form close affectional bonds" (Fonagy, 1996 at 129). The attachment "system" is seen as "the context within which the human infant learns to regulate emotion" (*ibid.*). Failures of

attachment of the sort observed in authoritarian families are therefore predictive of failures of emotional regulation not only in infancy and childhood but also in adolescence and adulthood.

In terms of the conceptual analytic framework used in this paper, authoritative parenting styles foster relations of mutual regard, esteem and respect (mutuality). Democratic parenting styles push in the same direction but are **less** mutuality oriented than authoritative styles because they fail to acknowledge the relative incapacity of very young family members to participate as equals in decision-making and fail to recognize the needs of the young to feel contained and structured within an emotionally safe and protective environment. In so far as mutual relations are related to a *sense of fairness*, as postulated earlier, we might predict that children see *reasonable* controls and limits as being fair because they are felt or experienced as comforting, containing, calming and conducive to a sense of order and coherence.

Reasonableness in this regard, however, defines the objectively fuzzy but subjectively unmistakable boundary between legitimate authority on the one hand and illegitimate power on the other. The whole essence of authority, and what defines it, is its dual nature as both a set of rights and a set of duties, the exercise and discharge of which must be performed in good faith. To put it another way, authority is always held in trust, to be exercised in the best interests of those subject to it.

The latent idea of consent, which underlies authority, is particularly problematic in the case of infants and children, as generations of parents, caregivers, teachers, law enforcers and judges will confirm. However, in the present context, valid consent is predicated upon free and informed choice. The capacity to make such choices increases with age and maturity, so the principles of consent and legitimacy are served by a style of parenting that encourages and supports the emergence of this capacity while acknowledging its deficiencies (or relativity) at any given time. According to this style (which Baumrind has named "authoritative"), authority relations give way eventually to mutual relations as late adolescence becomes young adulthood.

Authoritarian parenting styles, by way of contrast, are **power**-based by definition and predictably are associated with a wide range of adverse mental health and achievement outcomes. In addition, we can safely predict that such parenting styles are likely to be perceived by children as unfair because they effectively exclude a role for legitimacy born of an evolving capacity for making free and informed choices.

More research needs to be done, however, on the prevalence of, and variations in, the parenting styles sketched above among non-traditional family types and among ethnic and racial minority groups. (Office of Technology Assessment 1991.) While it is doubtful that power relations will be found under any circumstances to outperform mutual relations in terms of health outcomes in families we must become better acquainted with the variety of ways in which mutual relations can be articulated among diverse cultural groups.

The policy implications of what we know about parenting styles and health so far, however, point in the direction of finding ways to better value and nurture authoritative relations within families. Much can be in this regard. For example, the research just reviewed can be far better disseminated. It is not difficult to understand, although it

may be hard to accept, that some families work better than others in terms of producing healthy, competent youngsters. Admittedly, more needs to be done to understand the *distribution* of family types within society and whether or to what extent the emergence of parenting styles is contingent upon socio-economic forces. As the Office of Technology Assessment says, "The extent to which American families follow these models is not known" (1991).

Regardless of distributional issues, it should be possible as an article of social policy to advocate for authoritative parenting styles, to value them and to hold them in high regard. While it is true that we have no certain information about the prevalence of these styles across the various socio-economic and cultural strata of the population, it is clear from anecdotal evidence that authoritative, family relations exist to some degree everywhere. While, for example, authoritative parenting styles are unlikely to emerge *because* of poverty, they can certainly emerge *in spite of it*.

Nonetheless, this begs the broader question of what conditions of society are most likely to nurture authoritative relations in families. In this regard it is not difficult to see that families confronted by poverty and fear are under severe constraints in terms of how they govern themselves. Love, warmth and demandingness require above all for their expression the presence of parents in both an emotional and physical sense. Poverty is an enemy of growth and development and the best that can be said is that some families thrive in spite of it.

That said, it seems self-evident that policies aimed at reducing poverty are also policies aimed at enriching family life in the sense that they tend to enhance opportunities for interactions consistent with the authoritative parenting style (Fonagy, 1996; Brunner, 1997).

Fairness and Health in Schools

It is becoming increasingly clear that the governance of schools has a significant impact on the health of students and, not coincidentally, on the health of teachers. Much of the research on how schools produce this effect has been done either in the context of "Healthy School" theory (e.g., Hurrelman, Leppin and Nordlohne, 1995; Hoy, Tarter and Kottkamp, 1991; Nutbeam and Smith, 1993; Rudd and Walsh, 1993) or School Culture and Climate Theory (e.g., Eccles, Lord and Midgley, 1991; Felner, Silverman and Adix, 1991; Trickett, 1997). In most accounts of what a Healthy School is, the notions of equity or democracy are at least implied and often explicit as in the 1997 declaration of the European Network of Health Promoting Schools.

A credible translation of the Healthy Schools theory into practice is the *Comprehensive School Health* approach, which increasingly acts upon evidence concerning links between the psychosocial environments of institutions and well-being. (See, for example: Canadian Association for School Health, 1993; Grunbaum, *et al.*, 1995; Kirby, 1990.)

The pathways that link school organization and health appear to be mainly in the domain of mental health, although clearly there are some very basic prerequisites for physical health in the form of sanitation, hygiene, security and safety. These prerequisites, however, can be seen as necessary but not sufficient conditions for student well-being. If schools are to promote health, the research literature (see Shain, *et al.*, 1998 for a review) tells us that they must foster in students an emotional and cognitive state characterized by:

- high self esteem
- a sense of coherence (meaning)
- a sense of competence, achievement
- a sense of responsibility

For schools to be successful in fostering this health promoting state, they must create a culture and climate characterized by:

- a feeling of mutual respect
- a sense of community, belonging, participation
- a sense of order, consistency, clarity
- an atmosphere of cooperation
- a feeling of supportiveness
- a feeling of trust
- a sense of safety and security

Not surprisingly, these conditions are also those that foster effective learning (Black, 1997). As the European Network of Health Promoting Schools (1997) concludes, "evidence shows us that the determinants of both education and health are indivisibly linked".

It is clear that the language used to describe Healthy Schools is that of authority and mutuality, not power relations, and the resonance between the "authoritative" family and the healthy school is very strong, as we might expect.

Despite the high degree of consensus on the characteristics of Healthy Schools, however, it is important to determine whether or to what extent any of these features are, or appear to be more influential than others in shaping the health of students. While there is no definitive answer to this question, it may be helpful to address it by bringing into the picture a body of theory and research that so far has managed to run parallel with theory and research on healthy schools but has not converged with it. This is the literature on the "School as a Just Community" which emphasizes the role of a sense of fairness as a prerequisite to mental health and the crucial importance of prosocial development as both a determinant and an outcome of fairness. (see, for example: Battistich, *et al.*, 1991; Solomon, *et al.*, 1988).

There is nothing very new about the idea of schools as "just communities". Battistich, *et al.*, (1991) say that it goes back at least to Dewey (1916), that it is consistent with Piaget's cognitive-developmental theory (1932-1965) and sees its modern exposition in the form of Kohlberg's theory of sociomoral development (Kohlberg, 1985). The essence of the approach is "an attempt to bring moral reasoning and behaviour into closer correspondence by actively involving students in the governance of a democratic community" (Battistich, *et al.*, 1991 at 117). The expectation of increased student participation, in addition to building more effective and just communities (here, schools) is that the process of enhanced involvement "builds affective bonds, a sense of collective responsibility, and a personal commitment to shared norms, thereby promoting behaviour that is consistent with the norms and values of the community" (*ibid.*). This last statement clearly invites us to look for synergistic connections between Healthy (Just) Schools and Healthy (Just) Communities. (See, for example, Hancock, 1997; Weaver, 1997; Twiss, 1997)

Experiments in implementing projects aimed at enhancing justice in schools have shown significant improvements in supportive and friendly behaviour and in spontaneous prosocial behaviour (Solomon, *et al.*, 1988). In addition, positive changes in school climate consistent with movement toward "just community" have been shown to result in reductions in theft, less use of alcohol and drugs, improved racial integration and increased levels of attendance, school participation, educational aspirations and community involvement (Battistich, *et al.*, 1991).

Within the context of the school as a democratic community, the following school governance elements are considered crucial to the success of any project aimed at fostering prosocial (just) behaviour among students (Solomon, *et al.*, 1988):

1. **Cooperative Activities** focussing on student-student and teacher-student collaboration.
2. **Developmental Discipline** focussing on acceptance, student autonomy, supportiveness, allowance for student input, warmth.
3. **Social Understanding** activities aimed at increasing students' comprehension of and sensitivity to the feelings, motives and aspirations of others.

4. **Highlighting Prosocial Values** by using spontaneous events or incidents as flash points for discussion of what constitutes prosocial (civic) behaviour.

5. **Helping Activities** focussing on encouragement of mutual aid, reciprocity and collaborative action.

The School as a Just Community literature and experience would lead us, therefore, toward the tentative conclusion that of the four major characteristics of the health-promoting emotional/cognitive state described earlier, there is a cascade effect in which a sense of responsibility (engendered by the practice of prosocial behaviour) contributes to a sense of competence and coherence which in turn fosters self-esteem.

This cascade effect, of course, refers to what the *school* can do to foster health. We assume that students *bring with them* to school all the emotional/cognitive characteristics just described, but that the school can either build upon them or corrode them by virtue of the way in which it is governed. In this sense the school is a *broker* of other influences on health, particularly those from the family and the community.

In effect, this means that schools play a significant intermediary role with regard to the corrosive population health effects of socio-economic class differences noted by numerous scholars. For example, a school governed according to the principles of authority and mutual relations and mindful of "just community" precepts has the potential to *reduce* the effect of population-level socio-economic differences in health by *increasing* the degree to which students respect one another across socio-cultural lines. This effect may be particularly noteworthy in schools where the student body is socio-economically, culturally and ethnically diverse. Conversely, however, a school governed according to the principle of power relations (whether by design or by default) has the potential to exacerbate perceptions of social distance and inequity thereby magnifying the effects of population level socio-economic differences.

It is interesting and unquestionably important to reflect upon *how* school governance affects mental and physical health and to advance our understanding through further research. Why and how, for example, does enhanced student participation in school governance in the context of a just community philosophy contribute to a greater sense of coherence and ultimately greater self-esteem? Antonovsky (1979) proposes that the answer lies in the "sense of coherence" itself, which he claims is a major "salutogenic" or health promoting force. He defines the Sense of Coherence as "a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can be reasonably expected" (Antonovsky, 1979 at 123; see also: Antonovsky, 1992, 1993). In addition to the elements of predictability, confidence and optimism given in this definition of the Sense of Coherence, Antonovsky goes on to elaborate that a perception of "lawfulness" and the legitimacy of authority is fundamental as is a perception of one's environment as meaningful and comprehensible. Earlier in this paper it was argued that the *foundation* for a perception of legitimacy in authority relations is free and informed choice which is a prerequisite for the giving or withholding of valid consent. It could be further argued, therefore, that Antonovsky's

Sense of Coherence is quintessentially about consent, to the extent at least that people are capable of giving or withholding it.

The antithesis of coherence would be, presumably, alienation or even anomie, states that are known antagonists of sound mental health among young people. (see, for example: Calabrese, 1987; Maton, 1990; Nightingale and Wolverton, 1988; Nutbeam, *et al.*, 1993; Resnick, *et al.*, 1993). As happens so often in "health" research, there are many more studies of illness and disorder than there are of wellness and good order, so at present we are forced to judge the significance of coherence more by its absence than by its presence.

In order to complete the theoretical connection between school governance and health, however, we still require another link. This link is emotion. How does it **feel** to have a robust sense of coherence? Antonovsky gives us some clues that, although in need of further investigation, adumbrate the emotional components of the sense of justice or fairness listed at the beginning of this paper. There, the Sense of Fairness was hypothesized as an amalgam or some higher-order emotional synthesis of feelings of comfort, well-being, calmness and order. Conversely, a Sense of Unfairness would be experienced variously as anxiety, depression, anger and disorder (not necessarily all at the same time!). This juxtaposition of Coherence and Fairness, of course, begs the question of whether or to what extent they are the same things. All that can be said of this is that more research needs to be done at the emotional nexus of social structure (in this case, schools) and health. (See Williams, 1998 for a sociological account of "how society affects health deep within the recesses of the human body".)

Fairness and Health in Workplaces

Power-based relationships in the workplace are the norm. Everyone who works in an employment relationship knows what it is like to be either subject to power or a wielder of power. Often, the same people are both subjects and wielders of power because they are at some intermediate point in an hierarchy rather than at the absolute top or the absolute bottom. Mutual relations occur also in the workplace, sometimes between people who, according to the law of employment, are employer and employee. However, the very language of the employment relationship is one of power and control. Legally, employment is defined *by reference* to control or power. If the power element is missing, the law says the relationship is not one of employment but something else, such as a partnership, a contractor-client relationship, or a principal-agent relationship. Rules of employment, even in collective bargaining environments, turn upon the cardinal principle that the employer can control the means, manner and method of the employee's job performance. One of the primary reasons for dismissal recognized by the law is insubordination, which may mean as little as disagreement about the means, manner or method of work, even if the subordinate knows more about the most effective, efficient way of performing the job than his or her superior. (See Shain, 1992 for a review.)

This rather stark view of employment is in fact the *legal* reality. However, the power base of such relations is not maintained by drawing attention to this legal reality but rather by diverting attention from it. This diversion is accomplished by investing the employment relationship with the trappings of authority – that is, by suggesting it has the legitimacy born of consent behind it. Prominent legal scholars who have become advisors to the highest levels of government (at least in the U.S.A.) have argued strenuously that the employment relationship exists within an open market economy in which sellers of labour are perfectly free to accept or reject conditions of work they may find objectionable or distasteful. However, this extreme "freedom of contract" thinking is considered ideological by many other legal scholars who propose that the so-called "bargain" between employer and employee is largely a preordained affair in which most of the terms are implied and set before the parties ever meet. Most importantly, the terms are overwhelmingly in favour of employers. The status quo persists, probably, because for a great deal of the time employers do not actively show their hand, being careful to maintain an illusion of benevolent authority (for a review of these debates, see Shain, 1991,1992).

While some employers have tried with limited success to break out of the mould of power relations as the workplace norm, they have faced serious obstacles in doing so. One of the most serious obstacles is the socialization and training of not only managers and supervisors but also of employees many of whom are steeped in the tradition of hierarchical governance practices. The law of employment (the rules that deal with non-unionized workplaces) and labour law (the rules that deal with collective bargaining) are complicit in maintaining the status quo by virtue of doctrines that link the protections and benefits afforded by employment to a requirement of essential non-participation in the organization of work (Shain, 1992).

The fundamental nature of power relations in the workplace is not alloyed by collective bargaining. Indeed, collective bargaining theory and practice are built on the premise that power must be met with power. Consequently, unionization has served to accentuate the power-base of labour relations rather than to attenuate it. Far from levelling the playing field, it has fully illuminated the degree to which it is skewed in favour of employers.

It is axiomatic that through the exercise of power, as opposed to authority, one party's good is enhanced and another party's good is diminished. Where power relations are enshrined in law, there is nothing to prevent this enhancement and this diminution from becoming chronic. That is, some (the few) will usually win and others (the many) will usually lose. In addition, the severity of the power differential increases in proportion to the number of ranks between the parties. Bureaucratic governance structures are built on rule-based hierarchical principles that tend to lock the parties into institutionalized power differentials (Weber, 1921-1968).

As noted above, mutual relations may operate informally within such institutionalized power relations but the use of power is always the default option or the trump card. Part of the process of institutionalization of power relations is the development of a workplace culture that supports it. Culture refers to shared beliefs and understandings among a coherent and stable group or community. Where power is accepted as the basis of relations in the workplace there is little impetus toward change. Of course, the acceptance of power does not mean that it is liked or wanted, merely that it is born or tolerated.

Research has identified two principal ways in which power relations can produce health and safety outcomes that are adverse for the many and benign for the few. These processes are described in what are known as the *Demand/Control Model* and the *Effort/Reward Imbalance Model*. Ironically, although both models deal in the exercise and consequences of power, neither emphasizes power as the force that drives them.

The *Demand/Control Model* is an empirically verified theoretical paradigm that says Low Control (having too little influence over the day to day organization of your own work) combined with High Demand (having too much to do over too long a period with constant imposed deadlines) contributes to a variety of adverse health and safety outcomes. These outcomes will be detailed shortly, but in brief they include higher rates of infectious disease, cardiovascular disease, mental health problems, alcohol and drug dependence and certain types of injuries (Karasek and Theorell, 1990).

The *Effort/Reward Imbalance Model* is similarly an empirically verified theoretical paradigm that says Low Reward (perceiving too little compensation for, or acknowledgement of effort in terms of bestowed status, financial gain or career advancement) coupled with High Effort (high levels of mental and/or physical energy expended to achieve an organizational goal) contribute to a variety of adverse health outcomes prominent among which are cardiovascular disease and mental health problems such as anxiety and depression (Siegrist, 1996; Bosma, Siegrist and Marmot, 1998).

With regard to the *process* linking High Demand/Low Control and High Effort/Low Reward to adverse health outcomes, it is necessary to conceptualize these conditions as *stressors* that, when sustained over long enough periods of time produce *strain* in those subject to them. In terms of the "Sociobiological Translation" discussed earlier in this paper, strain is thought to bring about changes in brain chemistry that are experienced as negative affect-depression, anxiety or anger (depending on the individual). In turn, negative affect launches a variety of complex attacks on the immune system, the defeat of which renders the individual more susceptible to bacterial and viral assaults (Cohen, *et al.*, 1991; Jemmott and Locke, 1984; Kiecolt-Glaser and Glaser, 1995).

When we reframe High Demand/Low Control and High Effort/Low Reward conditions as manifestations of *power* relations in the workplace, it becomes evident that we are dealing with what Williams (1998) essentially defines as a political economy of emotional energy or "capital" in which there are, by design, winners and losers. Ultimately, of course, the currency of this unequal exchange or transaction is the mental and physical health of the actors involved.

However, in order to see the "power lines" in these models more clearly it is necessary to strike below the discourse normally used to describe them and to consider the fact that, to a large extent, High Demand/Low Control and High Effort/Low Reward conditions do not emerge randomly *but by choice*. Managers and employers make decisions about the organization of work, so managers and employers choose to create these adverse conditions and these decisions are often made with the explicit or implicit purpose of maintaining power and control over others. While it is true that the *nature* of the work to be done often limits the *ways* in which it can be done there remains almost always a zone of discretion available to managers whereby, in relation to their subordinates, they can choose to give or withhold some degree of control. It is the exercise of this discretion that is of cardinal significance to employees with regard to their mental and physical health.

Consistent with the working definition of fairness proposed at the beginning of this paper, exercise of power by employers/managers that results in health and safety decrements among employees is arguably *unfair* if these consequences were not freely bargained for with full information at the time of hiring in the contract of employment. In other words, if health and safety losses were not reasonably contemplated by the parties at the inception of the employment relationship, their subsequent unilateral imposition can be considered unfair because of "information failure" and "participation failure".

In a recent survey work using Health Canada's Workplace Health System questionnaire, the present author has found that those employees subject to High Demand/ Low Control and High Effort/Low Reward conditions are far more likely than others to see their employer as unfair and disrespectful.

Exercise of power by employers/ managers that results in health and safety decrements among employees is also arguably *unjust* if these consequences were reasonably predictable, foreseeable and preventable by the exercisers of power and if, as noted above, these consequences were not freely bargained for with full information at the inception of the employment relationship. Injustice in this context, then, means unlawful imposition of harm through negligence, recklessness or intention.

At this point in time it is demonstrable that a variety of adverse health and safety outcomes are reasonably predictable and foreseeable as a result of the exercise of power in the workplace. These adverse outcomes are best documented in the context of the Demand/Control and Effort/Reward Imbalance Models just described. As observed, these Models are basically about power and mutual relations. The evidence linking High Demand/Low Control and High Effort/Low Reward (High Power/Low Status) relations to adverse health and safety outcomes may be summarized, then, as follows:

High Demand/Low Control conditions *at the extreme* (highest 25% Demand level, lowest 25% Control level) compared with High Demand/High Control and Low Demand/High Control conditions are associated with:

- more than double the rate of heart and cardiovascular problems. (Indeed, these conditions are said to be the equivalent of smoking, being overweight, being unfit, eating poorly);
- significantly higher rates of anxiety, depression and demoralization;
- significantly higher levels of alcohol and prescription/over the counter drug use;
- significantly higher susceptibility to a wide range of infectious diseases;

(Gardell, 1992; Greenberg and Grunberg, 1995; Johnson, *et al.*, 1996; Karasek and Theorell, 1990; Matthews, *et al.*, 1987; Theorell, *et al.*, 1997).

High Effort/Low Reward conditions *at the extreme* (highest 33% Effort level, lowest 33% Reward level) compared with High Effort/High Reward conditions are associated with:

- more than triple the rate of cardiovascular problems;
- significantly higher incidence of anxiety, depression and conflict-related problems;

(Bosma, *et al.*, 1998; Siegrist 1996).

High Demand/Low Control conditions and High Effort/Low Reward conditions are associated with:

- higher incidence of back pain (up to three times the rates found in High Demand/High Control and High Effort/High Reward conditions);

- higher incidence of Repetitive Strain Injuries (RSIs) excess rates of up to 150% have been reported);

(Polanyi, *et al.*, 1997; Shannon, *et al.*, 1996; Shannon, *et al.*, 1997; Smith, 1997).

A combination of High Demand/Low Control and High Effort/Low Reward conditions are implicated, along with other more general workplace stressors in the precipitation of colorectal cancer. People experiencing such adverse conditions had over five times the rate of colorectal cancer in one recent well-conducted study.

(Courtney, *et al.*, 1993).

If, as it was argued, power relations in the workplace result in unfair losses to employees and if culpability can be in some cases assigned for the production of these losses then alternatives must be sought, particularly since our employment and labour laws are complicit in the maintenance of this state of affairs. One might say without exaggeration that the search for an alternative is in fact a democratic imperative.

A form of workplace governance based on mutual relations is not only possible, but is also a tested alternative to governance based on power relations. The most common nomenclature for management styles based on mutual relations is "participative" or "cooperative" governance.

There is good evidence that the adverse health and safety outcomes recorded above can be modified by introducing changes to the organization of work with particular attention being paid to increasing control and reward or mutual conditions. In other words, individual health and safety outcomes are *responsive* to organizational changes aimed at reducing reliance on power relations. Stress *can* be abated "at source" and this *can* produce positive health and safety outcomes (Elden, 1986; Gardell, 1982; Greenberg, 1986; Johnson and Johansson, 1991; Kaplan and Rankin, 1993; Kolodny and Stjernberg, 1986; Macy and Izumi, 1993; Painter and Smith, 1986).

Such alternative forms of mutual governance were not argued as being perfect. Indeed, they require intensive work if they are to be fully developed and available on a large scale. They require, too, a type of leadership in organizations that is sometimes referred to as "stewardship". Stewardship as a way of leading an organization is still in its infancy, although reports of its use are now growing in number fairly rapidly.

There are many accounts in the literature of what participative governance looks like. This paper does not seek to review these accounts but rather to identify what appears to be common among them. The common substrate of these accounts is described as intimating a régime of workplace governance called "Division of Labour in Good Faith". Division of Labour in Good Faith "describes a system of employment relations in which the parties are called upon to acknowledge and respect the co-validity of one another's rights, claims and interests in the process of contriving the organization and design of work" (Shain, 1991 at 27). Specifically, Division of Labour in Good Faith can be articulated through a pair of governing principles:

1. While, in many cases, enterprises will be run on some form of hierarchical basis, the exercise of power vested in management must be subject to and conditional upon the participation of employees in the organization and design of work. (In other words, power becomes authority by virtue of consent.)

2. Employees must acknowledge and embrace the economic or service-related objectives of management and, once provided with the opportunity and information required for input and influence, must strive to help meet these objectives through participation in the organization and design of work.

It will be apparent from these general principles and from the general definition of Division of Labour in Good Faith just given that participative governance involves a new type of social contract between employers and employees in which the transaction goes far beyond the exchange of services and wages. Indeed, whereas we might characterize the traditional exchange of wages for services as primarily *calculative*, or as being based on *singularity* of interests in the context of *power* relations, we might characterize the exchange within a Division of Labour in Good Faith as primarily *moral*, or as being based on *plurality* of interests in the context of *mutual* relations. The Good Faith requirement in fact mandates the use of a process through which mutual acknowledgement of, and respect for each other's interests and objectives can be realized. One form of such a process that has been tested extensively is "Principled Negotiation". This is a method by which the parties begin their deliberations on the assumption that each will promote their own set of interests but that among these interests it is usually possible to find sufficient commonality on which to base working agreements. "Such agreements must maximize the fair distribution of advantages and disadvantages through the contrivance of divisions of labour whereby participants do what they do best while exercising continuing influence over what others do and how they do it" (Shain, 1991, 27-28).

With regard to the role of participation in Division of Labour in Good Faith generally, it must be stressed that both rights and duties are involved. So, although employees should have *by right* the *opportunity* to have input to decisions affecting their quality of work life, the *timely information* on which to base that input and the *influence* with which to ensure that their input is used, they also have *by duty* the requirement to exercise this right in the interests of their employer as well as in their own. With this general principle in mind, employee participation in the organization and design of work can be said to occur when those who are subject to contracts of service or to collective agreements with employers:

- have reasonable influence in determining the means, manner and methods of their day to day work, subject to constraints upon choice imposed by the nature of the enterprise;
- have timely information from the employer concerning hazards in the physical and psychosocial environment of the workplace about which the employer knows or ought to know;
- have timely information about production and efficiency issues from the employer sufficient to have useful collective input to employer decisions about sales, mergers, relocations, expansions, contractions and other reorganizations of the enterprise in so far as such decisions will likely have a material impact upon employees;
- have collective input to corporate policies and rules regulating health, safety, promotion, demotion, discipline, transfer and dismissal;

- have veto power (subject to subsequent third party review) over requirements to perform *unbargained-for* tasks that are predictably unsafe, unhealthy or repugnant to widely held moral values and sensitivities;
- are free to collectively challenge objectionable unilaterally introduced changes to policies and rules on the grounds that they are unreasonable because consultation was not sought.

The language just used in the description of Division of Labour in Good Faith and participation is full of terms that require operational clarification. One way of providing this clarification is to present the language in the form of draft legislation with an interpretive concordance. For example, Shain (1991) has outlined a proposed statute called *The Participation at Work Act*, which articulates the rights and duties of participation and a set of procedures for its implementation. However, the intent of such an exercise is not to seriously propose legislation but rather to stimulate discussion about the terms and conditions of Division of Labour in Good Faith.

In summary, it can be forcefully argued that workplace governance typically relies on power relations. This means that, in the political economy of health, the wellbeing and safety of the many is imperiled in the service of the few. This state of affairs is unfair to the many, particularly since the law of employment and the labour law endorse and sustain it.

Alternative forms of workplace governance based on mutual relations (participation) are fairer to employees because they promote higher levels of free and informed consent to the employment bargain and permit of higher levels of authentic participation. In so doing, they contribute to superior health and safety outcomes. Ultimately, too, mutual relations are likely to be more efficient than power relations, contributing to superior productivity and competitiveness. So, for reasons of fairness and efficiency we need to move quickly toward workplace relations based more on mutuality and less on power.

Conclusion and Policy Implications

The central theme of this paper has been that *power relations* (those characterized by implied or explicit threats or use of coercion) are consistently associated with adverse health outcomes among those who are subject to them. This appears to be true in all the social and institutional settings considered here: families, schools and workplaces. This is in contrast to *mutual relations* (those characterized by mutual esteem, regard and respect), which are consistently associated with positive health outcomes.

Power relations are likely to be seen as *unfair* by those subject to them and this perception of unfairness may itself contribute to the precipitation of a variety of adverse outcomes because it is in itself a toxic brew of emotional states characterized by anxiety, depression, anger and alienation. These emotional states are known to be complicit in psychoneuroimmunological processes (the "Sociobiological Translation") that contribute to illness as well as often being debilitating in their own right.

It was also argued that the extent of fairness in relationships within specific social settings (families, schools, workplaces) has the capacity to either potentiate or mitigate the population effects of socio-economic class differences on health.

The policy implications of the current evidence linking power, mutuality and fairness to health are vast in themselves but there are further implications that involve the basic structure of our society. If we choose to govern ourselves as best we can according to the principles of mutual relations and fairness, it appears that we are electing for *social cohesion* because mutuality and fairness bind people together. If we choose to, or by default govern ourselves according to the principles of power relations with their implicit and sometimes explicit unfairness, it appears that we are inviting *social disintegration* because power and unfairness set people apart. It is difficult at any one point in time to determine exactly where a society is headed in terms of its reliance on power or mutual relations and in terms of its commitment to fairness. However, over time it will be apparent that socio-economic divisions are either getting wider or narrower. This is the ultimate indicator or net product of what a society is doing on the dimensions of power and mutuality. Generally speaking, power relations widen and mutual relations narrow divisions between people in both social and economic terms. So at the highest level of national visioning and planning we have to ask ourselves, what kind of society do we want and what are we prepared to do to get it? And since the language of power and mutuality is also by definition the language of fairness, we have to ask ourselves, are we committed to a fair society or not? We must realize that if we are not, we will pay the price in more than the unequal distribution of health: we will pay in the currency of social cohesion and identity.

Within this broad concept of fairness, we need to further explore in great detail and in an ongoing manner the degree to which we really care about free and informed choice as the foundation of valid consent and of legitimacy in the governance of families, schools and workplaces. Here we must enter into vexed debates about the boundaries between public and private domains, the right of governments to regulate the affairs of each and the costs and benefits of various policy options. To this debate the present paper contributes what are hopefully some key questions for us to consider in light of the knowledge we are acquiring about fairness and health.

Now we know that,

1. health is produced, created, constructed to a significant degree through the choices we make about our behaviour toward one another in families, schools and workplaces and that,
2. fairness, legitimacy and consent are central to this connection between our behaviour and our health and that,
3. there is a political economy of health in which some gain at the expense of others, rarely with anything approaching free and informed choice.

How should we change our behaviour?

Answers to these questions will range far and wide across the political and cultural spectrum of our society. The perspective of the writer of this paper is therefore to be found somewhere within this spectrum, and for what it is worth, it is as follows. Readers will note a legal slant. It is therefore arguable that when harm is reasonably foreseeable this knowledge attracts a duty to prevent that harm by any reasonable means available. The word "reasonable" brings the resolution of what is foreseeable and preventable within the framework of community standards, which in Canada at this time appear to be increasingly plural. We have to ask, in this context, to what extent this plurality may detract from or promote social cohesion and national identity. At the very least, it may be worth proposing that the legal and ethical principle underlying the ideal of reasonable foreseeability of harm - sometimes called the *Neighbour Principle* - should be elevated to the status of a national ethical icon to which all cultures and creeds can subscribe. This means that the *Neighbour Principle* has to be more openly discussed and it's parameters defined and redefined as we learn more about the ways in which our behaviour affects others in their bodies and their minds.

However, a first step in formulating policy at the highest level would appear to be a vigorous attempt to make widely known the price we pay for tolerating or promoting power relations in our society. And perhaps here it would make sense to adduce and make more readily accessible the evidence we have already from studies of healthy families, schools and workplaces. This paper represents a first step in bringing together this evidence within one conceptual framework but clearly much lies ahead in terms of testing the structure of the framework through further research and in promoting public discussion of the various elements within it.

References

Alinsky S.D. (1971). Rules for Radicals: a realistic primer for realistic radicals. Random House. New York.

Antonovsky A. (1992). Can attitudes contribute to health? *Journal of Mind-Body Health* 8(4): 33-40.

Antonovsky A. (1993). The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine* 36(6): 725-733.

Antonovsky A. (1979). *Health, Stress and Coping* Jossey-Bass. San Francisco.

Battistich V., Schaps E., Solomon D. and Watson M. (1991). The Role of the School in Prosocial Development. In: H.E. Fitzgerald, *et al.*, (eds.) *Theory and Research in Behavioral Pediatrics*, Vol. 5. Plenum Press. New York.

Baumrind D. (1991). Parenting Styles and Adolescent development. *The Encyclopaedia on Adolescence* Vol. II. R.M. Lerner, A.C. Petersen, J. Brooks-Gunn (eds.). Garland Publishing Inc. New York.

Baxter D. (n.d.) Building Healthy Communities. Lectures in Health Promotion Series. Centre for Health Promotion, University of Toronto, and "ParticipAction" Toronto.

Black S. (1997). Creating Community. *The American School Board Journal*. June, 32-35.

Blaxter M. (1997). Whose Fault is it? People's own Conceptions of the Reasons for Health Inequalities. *Social Science and Medicine* 44(6): 747-756.

Bosma H., Marmot M.G., Hemingway H., Nicholson A.C., Brunner E., Stansfeld S.A. (1997). Low Job Control and Risk of Coronary Heart Disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British Medical Journal* 314: 558-565.

Bosma H. Peter R., Siegrist J. and Marmot M. (1998). Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *American J. Public Health* 88(1): 68-74.

Brunner E. (1996). The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers Chapter 15 in D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson (eds.) Health and Social Organization. Toward a Health Policy for the Twenty-first Century. New York. Routledge.

Brunner E. (1997) Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal* 314: 1472-1476.

Calabrese R.L. (1987). Alienation: its causes and impact on adolescent health. *The High School Journal* 71(1): 14-18.

Canadian Association for School Health (1993). *Health, Learning and Environmental Citizenship.* Available from C.A.S.H. 1133-160 "A" Street, White Rock, B.C. V4A 7G9.

Cohen S., Tyrrell D.A.J. and Smith A.P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine* 325(9): 606-612.

Courtney J.G., Longnecker M.T., Theorell T., *et al.*, (1993). Stress Life Events and the Risk of Colorectal Cancer. *Epidemiology* 4(5): 407-414.

Dahl R. (1970). *After the Revolution: authority in a good society.* Yale University Press. New Haven.

Davidson R.J., Abercrombie H., Nitschke J.B. and Putnam K. (1999). Regional brain function, emotion and disorders of emotion. *Current Opinion in Neurobiology* 9:(2) 228-234.

Dewey J. (1916). *Democracy and Education.* Macmillan. New York.

Dhabhar F.S. and McEwan B.S. (1999). Enhancing versus suppressive effects of stress hormones on skin immune function. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA* 96(3): 1059-1064.

Drevets W.C. (1998). Functional neuroimaging studies of depression: the anatomy of melancholia. *Annual Review of Medicine* 49, 141-361.

Duman R.S., Heninger G.R. and Nestler E.J. (1997). A molecular and cellular theory of depression *Archives of General Psychiatry* 54(7): 597-606.

Dworkin R. (1978). *Taking Rights Seriously*. Duckworth. London.

Eccles J.S., Lord S. and Midgley C. (1991). What are we doing to early adolescents? The impact of educational contexts on early adolescents. *American Journal of Education* 99(4): 521-542.

Elden M. (1986). Socio-technical Systems Ideas as Public Policy in Norway: empowering participation through worker-managed change. *Journal of Applied Behavioural Science* 22(3): 239-255.

European Network of Health Promoting Schools (1997). Conference Resolution. WHO Regional Office for Europe. URL: http://www.who.dk/tech/inv/resolution.htm.

Evans R.G. (1994). Introduction. From: Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations. Edited by R.G. Evans, M.L. Barer and T.R. Marmor. Aldine de Gruyter. New York.

Evans R.G., Barer M.L. and Marmor T.R. (eds.) (1994). Why are some people healthy and others not? Determinants of health of populations. Aldine de Gruyter. New York.

Everson S.A., Lynch J.W., Chesney M.A. *et al.* (1997). Interaction of workplace demands and cardiovascular reactivity in progression of carotid atherosclerosis: population based study. *British Medical Journal* 314: 553-558.

Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health (1994). *Strategies for Population Health*. A report of the Meeting of the Ministers of Health, Halifax, Nova Scotia September 14-15, 1994.

Felner R.D., Silverman M.M. and Adix R. (1991). Prevention of Substance Abuse and Related Disorders in Childhood and Adolescence: a developmentally based comprehensive ecological approach. *Family and Community Health* 14(3): 12-22.

Fisher R. and Ury W. *Getting to Yes: negotiating agreement without giving in*. Houghton Mifflin. Boston.

Flynn B.C., Ray D.W. and Rider M.S. (1994). Empowering Communities: action research through Healthy Cities. *Health Education Quarterly*. 21(3): 395-405.

Fonagy P. (1996) Patterns of attachment, interpersonal relationships and Health. Chapter 8 in D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson (eds.) Health and Social Organization. Toward a Health Policy for the Twenty-first Century. New York. Routledge.

Freire P. (1990). *Pedagogy of the Oppressed*. Continuum Press. New York.

Freund P.E.S. (1990). The Expressive Body: a common ground for the sociology of emotions and health and illness. *Sociology of Health and Illness* 12(4): 452-477.

Gardell, Bertil (1982). Scandinavian Research on Stress in the Workplace. *International Journal of Health Services* 12(1): 31-41.

Glassman A.H. and Shapiro P.A. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry* 155(1): 4-11.

Grunbaum J., Gingiss P., Orpinas P., *et al.* (1995). A Comprehensive Approach to School Health Program Needs Assessments. *Journal of School Health* 65(2): 54-59.

Greenberg E.S. (1986). Workplace Democracy: The political effects of participation. Cornell University Press. Ithaca, New York.

Greenberg E.S. and Grunberg L. (1995). Work alienation and problem alcohol behavior. *Journal of Health and Social Behavior* 36 (March) 83-102.

Hancock T. (1997). Healthy Cities and Communities: past, present and future. *National Civic Review*. 86(1): 11-22.

Hoy W.K., Tarter C.J. and Kottkamp R.B. (1991). *Open Schools, Healthy Schools: measuring organizational climate*. Sage Publications. Newbury Park.

Hurrelman K., Leppin A. and Nordlohne E. (1995). Promoting Health in Schools: the German example. *Health Promotion International* 10: 121-131.

Jemmott J.B. and Locke S.E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation and human susceptibility to infectious diseases: how much do we know? *Psychologic Bulletin* 95(1): 780-108.

Jewkes R. and Murcott A. (1998). Community Representatives: representing the community? *Social Science and Medicine* 46(7): 843-858.

Johnson J.V. and Johansson G. (eds.). (1991). *The Psychosocial Work Environment: Work Organization, Democratization and Health*. Baywood Publishing Company. Amityville, N.Y.

Johnson J.V., Stewart W., *et al.* (1997). Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *American Journal of Public Health* 86(3): 324-331.

Kaplan M. and Rankin T. (1993, May). Quantitative measures from organizations undergoing major change in the way work is performed: a survey of 18 Canadian workplaces. Government of Ontario: Toronto.

Karasek R. and Theorell T. (1990). Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York, N.Y.: Basic Books Inc.

Kemper T.D. (1991). Predicting Emotions from Social Relations. *Social Psychology Quarterly* 54(4): 330-342.

Kemper T.D. (1981). Social Constructionist and Positivist Approaches to the Sociology of Emotions. *American Journal of Sociology* 87(2): 336-363.

Kemper T.D. and Collins R. (1990). Dimensions of Microinteraction. *American Journal of Sociology* 96(1): 32-68.

Kiecolt-Glaser J.K. and Glaser R. (1995). Psychoneuroimmunology and Health Consequences: data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine* 57: 269-274.

Kirby D. (1990). "Comprehensive school health and the larger community: Issues and a possible scenario". *Journal of School Health* 60: 170-177.

Kohlberg L. (1985). The Just Community Approach to Moral Education in Theory and Practice. In: M. Berkowitz and F. Oser (eds.) *Moral Education: theory and application*. Lawrence Erlbaum. Hillsdale, N.J.

Kolodny H. and Stjernberg T. (1986). The Change Process of Innovative Work Designs: new design and redesign in Sweden, Canada and the U.S. *Journal of Applied Behavioural Science* 22(3): 287-301.

Lane R.D., Reiman E.M., Ahern G.L., Schwartz G.E. and Davidson R.J. (1997). Neuroanatomical correlates of happiness, sadness and disgust. *American Journal of Psychiatry* 154(7): 926-933.

Lyon M.L. (1994). Emotion as Mediator of Somatic and Social Processes: the example of respiration. In: W.M. Wentworth and J. Ryan (eds.) Social Perspectives on Emotion. Vol. 2. JAI Press, Greenwich, Conn.

Macy B.A. and Izumi H. (1993). Organizational change, design and work organization: a meta-analysis, in *Research in Organizational Change and Development* Vol. 7, Woodman and W. Pasmore, Editors. J.A.I. Press Inc.

Margarinos A.M., Verdugo J.M. and McEwan B.S. (1997). Chronic stress alters synaptic terminal structure in hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U.S.A.* 94(25): 14002-14008.

Marmot M.G., Smith G.D., Stansfeld S., Patel C., North F., Head J., White I., Brunner E. and Feeney A. (1991). Health Inequalities among British Civil Servants: The Whitehall II Study. *Lancet* 337: 1387-1393.

Maton K.I. (1990). Meaningfully Involvement in Instrumental Activity and Wellbeing: studies of older adolescents and at-risk urban teenagers. *American Journal of Community Psychology* 18(2): 297-320.

Matthews K.A., *et al.* (1987). Stressful work conditions and diastolic blood pressure among blue collar factory workers. *American Journal of Epidemiology* 126(2) 280-291.

McEwan B.S. (1997). Hormones as regulators of brain development: life-long effects related to health and disease. *Acta Paediatrica* Supplement. 422: 41-44.

McEwan B.S. (1998). Stress, adaptation and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences* 840: 33-44.

McEwan B.S. (1998). Seminars in Medicine of the Beth Israel Deaconess Medical Center: protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine* 338(3): 171-179.

McEwan B.S. (1999). Stress and hippocampal plasticity. *Annual Review of Neuroscience* 22: 105-122.

McMahon C. (1989). Managerial authority. *Ethics*. 100: 33.

Nightingale E.O. and Wolverton L. (1988). *Adolescent Rolelessness in Modern Society*. Carnegie Council on Adolescent Development. Washington D.C.

Nutbeam D., Smith C., *et al.* (1993). Warning! Schools can damage your Health: alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health* 29(1): 25-30.

Office of Technology Assessment, Congress of the United States (1991). *Adolescent Health Vol. II*: background and the effectiveness of selected prevention and treatment services. Springfield, VA.

Painter B. and Smith T.J. (1986). Benefits of a participatory safety and hazard management program in the British Columbia Forestry and Logging Organization. In: O. Brown Jr. and H.W. Hendrick (eds.). Human Factors in Organizational Design and Management II. Elsevier Science Publishers B.V. (North-Holland).

Piaget J. (1965/1932). *The Moral Judgement of the Child*. (M. Gabain, Trans.) Free Press. New York.

Poland B.D. (1996, a). Knowledge Development and evaluation in, of and for Healthy Community Initiatives: Part II: potential content foci. *Health Promotion International* 11(4): 3451-349.

Poland B.D. (1996, b). Knowledge Development and Evaluation in, of and for Healthy Communities initiatives. Part 1: guiding principles. *Health Promotion International* 11(3): 237-247.

Polanyi M.F.D., Cole D.C., Beaton D.E., *et al.* (1997). Upper Limb Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Newspaper Employees: cross-sectional survey results. *American Journal of Industrial Medicine* 32: 620-628.

Power C. and Hertzman C. (1997). Social and biological pathways linking early life and adult disease. *British Medical Bulletin* 53: 210-221.

Rawls J. (1971). *A Theory of Justice*. Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge, Ma.

Reagan L.P. and McEwan B.S. (1997) Controversies surrounding glucocorticoid - mediated cell death in the hippocampus. *Journal of Chemical Neuroanatomy* 13(3): 149-169.

Resnick M.E. *et al.* (1993). The Impact of Caring and Connectedness on Adolescent Health and Wellbeing. *Journal of Humanities and Social Sciences* 2(7): 62-70.

Rudd R.E. and Walsh D.C. (1993). Schools as healthful environments: prerequisite to Comprehensive School Health. *Preventive Medicine* 22: 499-506.

Sapolsky R.M. (1993). Endocrinology Alfresco: Psycho-endocrine Studies of Wild Baboons. *Recent Progress in Hormone Research* 48: 437-468.

Schnall P.L., Schwartz J.E., Landsbergis P.A., Warren K., Pickering T.G. (1992). Relation between job strain, alcohol and ambulatory blood pressure. *Hypertension* 19: 488-494.

Seeman T.E., McEwan B.S., Singer B.H., Albert M.S. and Rowe J.W. (1997). Increase in urinary cortisol excretion and memory declines: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 82(8): 2458-2465.

Seeman T.E., Singer B.H., Rowe J.W., Horwitz R.I., McEwan B.S. (1997). Price of adaptation-allostatic load and its health consequences: MacArthur studies of successful aging. *Archives of Internal Medicine* 157: 2259-2268.

Shain M. (1992). Labour Law is a Hazard to your Health: implications for reform. Issues in Health Promotion series. Centre for Health Promotion, University of Toronto.

Shain M. (1991). The Right of Employees to Participate in the Organization and Design of Work: a legal and social analysis. Doctoral thesis, University of Toronto, Faculty of Law.

Shain M., Johnston M., Dalton T. and Gauvin-Fleurant A. (1998). *Influences on the Health of Adolescents at School: in search of the modifiable*. Centre for Health Promotion. Issues in Health Promotion Series #10. University of Toronto and ParticipAction. Toronto.

Shannon H.S., Mayr J. and Haines T. (1997). Overview of the Relationship between Organizational and Workplace Factors and Injury Rates. *Safety Science* 26(3): 201-217.

Shannon H.S., *et al.* (1996). Workplace organizational correlates of lost-time accident rates in manufacturing. *American Journal of Industrial Medicine*. 29: 258-268.

Smith M.J. (1997). Psychosocial aspects of working with video display terminals (VDTs) and employee physical and mental health. *Ergonomics* 40(10): 1002-1015.

Solomon D., Watson M.S., Delucchi K.L., Schaps E. and Battistich V. (1988). Enhancing Children's Prosocial Behavior in the Classroom. *American Educational Research Journal* 25(4): 527-554.

Steinberg L. (1990). Autonomy, Conflict and Harmony in the Parent-Adolescent Relationship. In: S.S. Feldman and G.R. Elliott (eds.). *At the Threshold: the developing adolescent*. Harvard University Press, Cambridge MA.

Tarlov A.R. (1996) Social determinants of health: the sociobiological translation. Chapter 5 in D. Blane, E. Brunner and R. Wilkinson (eds.) Health and Social Organization. Towards a Health Policy for the Twenty-first Century. New York. Routledge.

Theorell T., Tsutsumi A., Hallquist J., *et al.* (1997). Decision Latitude, Job Strain and Myocardial Infarction: a study of working men in Stockholm. *American Journal of Public Health* 88(3): 382-388.

Townson M. (1999). Health and Wealth: how social and economic factors affect our wellbeing. Canadian Centre for Policy Alternatives. James Lorimer and Co. Ltd. Toronto.

Trebilcock M.J. (1993). *The Limits of Freedom of Contract*. Harvard University Press. Cambridge, Ma.

Trickett E.J. (1997). Ecology and Primary Prevention: reflections on a meta-analysis. *American Journal of Community Psychology*. 25(2): 197-206.

Twiss J. (1997). California's Healthy Cities: governance in action. *National Civic Review* 86(1): 81-91.

Tyler T.R., Boeckmann R.J., Smith H.J. and Huo Y.J. (1997) Social Justice in a Diverse Society. Westview Press (Perseus). Oxford.

Vaidya V.A., Siuciak J.A., Du F., Duman F.S. (1999). Hippocampal mossy fiber sprouting induced by electroconvulsive seizures. *Neuroscience* 89(1): 157-166.

Vienna Recommendations on Health in Towns (1988). Proposals of the Council of Europe, World Health Organization and City of Vienna. Vienna, 1988.

Weaver J. (1997). Implementing the Vision: growing a Healthy Communities initiative. *National Civic Review*. 86(1): 61-66.

Weber M. (1921/1968). Economy and Society (3 volumes) Bedminster Press. Totowa N.J.

Wilkinson R.G. (1997). Socioeconomic Determinants of Health: Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standard. *British Medical Journal* 314(22, February): 591-595.

Williams S.J. (1998). "Capitalising" on Emotions? Rethinking the inequalities in health debate. *Sociology* 32(1): 121.

Woodroffe C., Glikman M., Barker B., Power C. (1993). *Children, Teenagers and Health*. Buckingham. Open University Press.

Appendix 1
Notes on the Sociobiological Translation

- Through technologies such as Magnetic Resonance Imaging (MRI) and Positron Emission Tomography (PET), scientists are increasingly able to "map" what happens in and to the brain under stressful conditions experienced as anxiety and depression (Drevets, 1998; Lane, *et al.*, 1997). Indeed, it appears that all emotions have unique biochemical and neurobiological "signatures" that can be detected by imaging techniques.
- Stress can be defined as biochemical and neurobiological "wear and tear" or "allostatic load" (McEwan, 1998). Evidence of allostatic load can be gathered through indicators such as:
  - systolic blood pressure;
  - overnight urinary cortisol and catecholamine excretion;
  - ratio of waist to hip measurement;
  - glycosylated hemoglobin value;
  - ratio of HDL to total serum cholesterol;
  - serum concentration of dehydroepiandrosterone sulfate; and
  - HDL cholesterol.
- Not surprisingly, allostatic load (as measured by the indicators just given) is associated with varying rates of cardiovascular disease, hypertension and diabetes (Seeman, Singer, *et al.*, 1997).
- In the brain, chronic stress (excess allostatic load) can cause "the atrophy of dendrites of pyramidal neurons in the CA_3 region of the hippocampus" (McEwan, 1998 at 175). These neurons can actually be killed (*ibid.* at 176). This affects verbal memory and memory-in-context (particularly the emotional context).
- The immune system has a kind of bell-curve reaction to stress. In the *acute*, alarm phase, "stress has the effect of calling immune cells to their battle stations" (*ibid.* at 176) but in the *chronic* phase, the immune system becomes inhibited. This sustained chemistry of alarm initiates processes that "alter the structure and function of a variety of cells and tissues" (*ibid*, figure 2 at 173).
- The elevation of serum cortisol levels accompanying chronic stress and depression is associated with the inhibition of bone formation (at least in women) and thus with osteoporosis (*ibid.* at 173).

- Damage caused by stress to brain systems such as the Hypothalamic - Pituitary - Adrenal Axis (HPA axis) in some people triggers compensatory activity on the part of other systems. However, this can lead to problems of its own because, without the offset of chemicals from other systems (e.g., HPA axis), the compensators can become destructive. This process appears to be implicated in fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and some forms of dermatitis (*ibid.* at 175).
- The hippocampus is a very plastic and vulnerable part of the brain involved in spatial and contextual memory. It is a prime target for stress hormones from gonads, thyroid and adrenal medulla. (Margarinos, *et al.*, 1997; McEwan, 1999). These hormones, *in excess*, bring about neuronal death although *some* level of these hormones is required for normal neuronal growth and maintenance (Reagan and McEwan,1997).
- Indeed, acute, and by definition, short-term stress may enhance immune system functioning (resistance to viruses, bacteria, fungi) while chronic stress may depress it (Dhabhar and McEwan, 1999).
- Stress, leading to depression, can lead to reduction in the expression of Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF), which is associated with the atrophy of hippocampal neurons and indeed with a reduction in the overall *size* of the hippocampal region (Duman, Heninger, Nestler, 1997; Vaidya, *et al.*, 1999).
- Depressed people are more likely to suffer heart attacks and die from them (Glassman and Shapiro, 1998).

Appendix 2
Comments from Town Hall Meetings

During the development of this paper it was exposed to various groups across the country in the form of "Town Hall Meetings". These were held in Vancouver, St. John's, Ottawa, North Bay and Toronto. Some comments from the audiences led to revisions of the text, but others were of such importance that they warrant special attention here. These comments are presented in the form of three generic questions or challenges. For these purposes a number of different ways of saying or asking the same thing have been synthesised simply in the interests of readability.

In each case, an effort was made to respond not with a view to closing the issues raised but rather to keeping the discussion going.

Didn't Feminists Say It First?

Women's groups and feminist writers have been drawing attention to the unfairness of power as the basis of cross-gender relationships in intimate partnerships, the family and the workplace for a long time. The present analysis supports the feminist critique but says that power relationships are prevalent in all spheres of human activity regardless of gender. The implication of the general, as opposed to the feminist analysis, is that we need to step away from the idea of "empowerment" as the solution to imbalances in power relations. Empowerment, though understood in different ways by different people, tends to aim for equalization of power between individuals and groups. The thesis of the present analysis is that we need to look beyond empowerment to mutuality. The difference is far from trivial. With empowerment the best we can achieve is a balance of power between parties who can hold and defend their own positions - whether these positions are psychological/emotional, financial, contractual, physical or whatever. The object of mutuality is to step back from positions allowing the parties to understand and attempt to accommodate each other's interests.

What's the Moral Basis of the *Neighbour Principle*?

The *Neighbour Principle*, though enshrined in law, is primarily a moral rule that derives its authority from the religious and cultural traditions and beliefs of many different peoples throughout recorded history. Its particular formulation and expression in the Canadian legal context owes much to the Romano-Judeo-Christian history of our legal system. It is important - indeed it is essential - that discussions take place around the cross-cultural appeal of the *Neighbour Principle*. Different groups may choose to express the underlying premises

of this principle in different ways. However, because of its centrality to our legal system (both in Quebec and the other Provinces and Territories), the *Neighbour Principle* should not be easily dismissed as culturally misspoken. It is hard to conceive of a society or culture that does not give some expression to this principle, however it may be framed. And ultimately, we need to decide as a society what we can agree to as the basis for our future as a nation, rather than our past. In this spirit, we may even want to consider how evidence of adherence to the *Neighbour Principle* in various institutional settings can form an element of innovative indicators of social health that would serve as balances to traditional economic "health" indices such as Gross National and Gross Domestic Product.

The *Neighbour Principle* is really what underlies many of our rules concerning discrimination. But whereas discrimination rules tell us what not to do, the *Neighbour Principle* gives us a general rule of positive, proactive behaviour. It says we must be on the lookout for consequences to other people of our own behaviour that we can reasonably predict. For these purposes the law sets a fairly high standard that may exceed that of some communities. However, as a society we may wish to put the standard high enough that at least everyone can see it, rather than somewhere it can be easily ignored or forgotten.

Are People Who Complain of Unfairness "Wimps"?

There is an often unstated view that people who complain of unfairness may be simply too sensitive. The term "wimp" comes up from time to time. While it is no doubt true that some people are more sensitive than others to unfairness (both in terms of perceiving it and feeling it), two observations provide essential context for how we might view this phenomenon of "differential impact".

First, there is the observation of natural variability. This refers to the fact that the same kind of people, under different conditions, feel and behave differently. For example, even identical twins raised in radically different family environments can show different behaviours. Consequently, we should aim to create institutional environments in our families, schools and workplaces that are most conducive to the greatest health of the greatest number. The only type of environment that fits this bill is one characterized by mutuality rather than power. In power relations there are many losers and few winners; in mutual relations there are just winners - some perhaps more than others, but winners nonetheless.

Second, there is the observation of *reversibility*. When serious efforts are made to shift from power to mutuality, the proportion of people complaining of stress and unfairness diminishes. Consequently, if the surrender of superfluous power produces no more that short-term discomfort for the donor but long-term benefits for the donee in terms of mental and physical health, what argument (in our society) would support the retention of power by the few at the expense of the many?

Santé Canada Health Canada

L'équité dans les familles, les écoles et les milieux de travail :

Les implications d'assurer des relations saines dans ces milieux

Canada

L'équité dans les familles, les écoles et les milieux de travail :

Les implications d'assurer des relations saines dans ces milieux

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à améliorer leur état de santé

Santé Canada

Publication autorisée par le
ministre de la Santé

Also available in English under the title:
Fairness in Families, Schools and Workplaces:
Implications for Healthy Relationships in these Environments

On peut obtenir, sur demande, la présent publication
(sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille).

© Ministre, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
Cat. H46-2/01-251F
ISBN 0-662-86313-5

02-SESC-251

Table des matières

Introduction 5

Équité, légitimité, consentement et santé. 6

Relations de pouvoir 9

Relations de mutualité, de considération, d'estime, de respect 9

La biochimie de l'équité 10

Tableau : Pouvoir, équité et santé 11

L'équité et la santé dans les familles 12

L'équité et la santé dans les écoles 15

L'équité et la santé dans les milieux de travail 19

Conclusion et conséquences sur les politiques 27

Bibliographie 30

Annexe 1
Notes sur la reproduction sociobiologique 35

Annexe 2
Commentaires des consultations communautaires. 37

Le Bureau de promotion de la santé en milieu de travail

La création d'environnements de travail sûrs, sains et favorables est une composante vitale des efforts déployés par Santé Canada pour améliorer la santé des Canadiens et de leur famille. Le Bureau de promotion de la santé en milieu de travail a comme mandat et activité principale d'élaborer des stratégies pour mieux sensibiliser et informer le public quant à l'importance de la santé au travail sous tous ses aspects. À cet effet, elle étend son champ d'action national et international au moyen de partenariats, elle établit des liens avec d'autres intervenants fédéraux et provinciaux et elle diffuse des modèles de systèmes de santé en milieu de travail. Parmi ses autres activités, on peut citer la mise au point de ressources susceptibles de mieux sensibiliser l'opinion à la nécessité d'une démarche globale et intégrée pour préserver et améliorer la santé en milieu de travail, le soutien d'organisations intéressées par la promotion de la santé au travail sous tous ses aspects, et la collaboration avec l'Institut national de la qualité en vue de la mise en place du *Prix d'excellence du milieu de travail sain*.

Introduction

Il est clair que l'équité dans les relations humaines a un effet important sur la santé de ceux qui y sont touchés. La preuve est d'abord dévoilée lorsqu'on jette un coup d'œil sur la recherche existante qui nous vient de différentes disciplines et qui a été réalisée dans différents milieux. Un processus de déduction permet d'interpréter à nouveau les résultats actuels en se servant d'une forme d'analyse subdurale qui traduit les langages spécialisés pour révéler des bases conceptuelles communes.

L'analyse utilise des outils conceptuels d'équité, de légitimité et de consentement pour montrer que les conditions psychosociales (relationnelles) dans les familles, les écoles et les milieux de travail contribuent, dans ces milieux, à la santé ou au manque de santé de façon significative.

D'importants groupes de recherche dans chacun des trois domaines mentionnés ci-dessus identifient les genres de relations qui sont bénéfiques ou néfastes à divers degrés. Toutefois, le langage de ces disciplines scientifiques spécifiques est tel qu'il est souvent difficile de percevoir les points communs entre elles.

La thèse du présent document de discussion est que les concepts d'équité, de légitimité et de consentement expliquent davantage les résultats des diverses études en révélant les liens communs entre les facteurs psychosociaux et la santé dans les trois secteurs étudiés. En montrant ces liens, les concepts indiquent aussi plus clairement ce que nous devrions faire, ou essayer de faire afin de promouvoir la santé dans et par les familles, les écoles et les milieux de travail.

Le plan du présent document est le suivant. D'abord, on tentera de montrer que l'équité, la légitimité et le consentement dans les affaires humaines ont des influences significatives sur la santé. Ensuite, la recherche sur les façons dont les interactions humaines dans les familles, les écoles et les milieux de travail influencent la santé sera réexaminée selon la perspective que l'équité, la légitimité et le consentement sous-tendent apparemment diverses explications sur l'importance de ces relations. Enfin, les conséquences de cette réinterprétation seront examinées en fonction des politiques des points de vue social et institutionnel. Dans le présent document, le terme « institutions » veut dire les familles, les écoles et les milieux de travail.

Équité, légitimité, consentement et santé

Pour les fins de la présente discussion, quelques définitions de travail sont proposées. Ces définitions proviennent de plusieurs sources pour former un flot de pensées qui, nous espérons, sont pertinentes à notre temps et à notre milieu. Mais elles sont bien sûr tout à fait discutables. Afin de stimuler un tel débat sur les buts actuels, il est préférable de nous mettre au défi d'examiner sérieusement la pertinence de ces idées sociales fondamentales pour la santé. C'est un exercice relativement nouveau qui, jusqu'ici, a été réalisé dans le contexte de ce qu'on en est venu à appeler la théorie de la privation relative. C'est la théorie qui semble sous-tendre une bonne partie de la discussion sur les effets de l'iniquité sociale et économique sur la santé de la population. Toutefois, le présent document ne traite pas surtout de cela. Il traite de la vie dans les familles, les écoles et les milieux de travail. Néanmoins, comment nous gérons l'équité, la légitimité et le consentement dans ces institutions peut jouer, et joue un important rôle de *modération* en ce qui concerne les effets de la privation relative sur la population, et son rôle sera discuté plus loin.

Un examen de la littérature révèle que l'« équité » comprend des dimensions perceptuelles et émotives.

1. L'équité est la *perception* que les intérêts, les réclamations ou les droits d'une personne sont reconnus, acceptés et reçoivent une attention raisonnable des partenaires avec qui cette personne est affiliée, par des liens de parenté, d'amitié, de collégialité ou de contrat, dans des situations où les intérêts, les réclamations ou les droits de ces autres personnes doivent être réconciliés.

   La définition jusqu'ici provient du travail de John Rawls (1971) et de Ronald Dworkin (1978), et reflète en général les principes de base de la démocratie libérale (voir, par exemple, Dahl 1970).

   Veuillez noter que cette idée d'équité est pertinente à une grande variété de relations – époux et épouse, parent et enfant, amis et amants, employés et employeurs, étudiants et enseignants. Elle est aussi pertinente dans la cuisine que dans la manufacture ou la salle de classe.

2. L'équité est aussi un ensemble d'*émotions* qui inclut, mais sans y être limité, le confort, la sécurité, la confiance, le bien-être mental et la « cohérence » (tout est bien dans le monde) et qui vient rapidement à la suite des perceptions indiquées.

   Pour ajouter quelque peu à cet énoncé, un sens d'équité peut être ressenti comme des sentiments de :

   - *confort* associé à l'appartenance à un groupe ou à une communauté avec des valeurs, des croyances, de la compréhension et des normes de conduite partagées;

- *mieux-être* associé à la chaleur des autres gens, à leur respect, leur considération et leur confiance;
- *calme* associé à la connaissance que les autres essaient de prendre un avantage non mérité sur vous;
- *cohérence et ordre* associés aux rouages d'une forme supérieure de justice dans les affaires humaines

De même, le sens d'iniquité peut s'exprimer par des sentiments :

- *d'anxiété* associée à la perception que nos valeurs, nos croyances et nos compréhensions et normes de conduite ne sont pas partagées;
- *de dépression* provenant de la perception qu'on ne considère pas mériter un juste traitement;
- *de colère* d'être trompé, laissé de côté, ignoré et de ne pas être pris au sérieux par les autres;
- *d'aliénation et de désordre* associés à la perception qu'aucune forme supérieure de justice ne prévaut dans les affaires humaines.

La dimension émotive de la justice décrite se fonde principalement sur le travail empirique et résumé de Tyler (1997) et de William (1998), entre autres (voir Freund 1990, Lyon 1994, Brunner 1997).

Considérés ensemble, les éléments perceptuels et émotionnels de l'équité confondent les théories de justice procédurale avec la sociologie des émotions à travers des processus qui sont décrits par Tarlov (1996) comme la « reproduction sociobiologique ». Celle-ci est « proposée comme un mécanisme au moyen duquel les êtres humains reçoivent des messages sur l'environnement social et reproduisent ces messages en signaux biologiques qui déclenchent les processus de développement de la maladie » (Tarlov 1996 à 85). Sans doute, la reproduction sociobiologique a deux phases même si elles sont difficiles à séparer à cause de la complexité des boucles de réaction cerveau-corps. La première phase comprend la reproduction des perceptions en émotions, la deuxième phase comporte la reproduction des émotions en processus neuroimmunologiques qui influencent finalement l'état de santé physique. Comme l'énonce Tarlov, l'étude de ces processus s'avère une « nouvelle frontière pour la science » (*ibid.* à 84). Cependant, beaucoup d'études déjà disponibles lient la structure sociale aux résultats de santé incluant la dépression, l'ostéoporose, les maladies cardiovasculaires, certaines formes de cancer, et une plus grande susceptibilité à une vaste gamme d'infections virales et bactériennes (Annexe 1).

L'équité, décrite ici, dépend de *la considération mutuelle, de l'estime et du respect* par définition. Cependant, ces qualités d'interaction peuvent être exprimées viscéralement et avec de hauts niveaux d'émotion dans certaines situations - par exemple, les discussions sur qui fait le ménage - et de façon plus institutionnelle et peut-être avec moins de passion dans d'autres situations - par exemple, les négociations sur la promotion de l'emploi.

Peu importe la situation, beaucoup de choses peuvent diminuer l'équité. Ces choses peuvent être classées sous deux principales en-têtes - « le manque d'information » et « le manque de participation ». Pour une discussion complète, on ne peut faire mieux que de se référer au travail de Michael Trebilcock (1993).

Un manque d'information qui est susceptible d'être considéré et subi comme injuste signifie la retenue délibérée de faits pertinents par une ou plusieurs parties d'une transaction. Bien que nous soyons familiers avec de telles pratiques injustes en négociations de travail (où elles se produisent souvent), l'idée de manque d'information est toute aussi pertinente dans les situations familiales et domestiques. Le but de retenir l'information est de gagner ou de maintenir l'avantage. L'information dans certains contextes est considérée être de la propriété et ainsi le détenteur d'une telle propriété peut se sentir justifié de ne pas la partager, même si, en le faisant, la partie avec qui il traite est désavantagée par le manque de connaissances. Dans notre société, la loi du pays établit certaines limites à prendre avantage - en retenant l'information - parce que, au-delà d'un certain point, on croit que de telles pratiques *altèrent le consentement dans les négociations*. La notion de consentement dans les relations docteur-patient est aussi fondée sur l'idée de *choix libre et éclairé* en ce qui concerne les procédures médicales/chirurgicales. Le consentement et ses préalables, le choix libre et éclairé, sont donc au cœur de l'idée d'équité et s'expriment comme une exigence de divulgation raisonnable d'information qui pourrait avoir une portée matérielle sur la distribution d'avantages et de désavantages d'une négociation.

Le manque de participation est une autre source majeure d'iniquité dans les relations. Elle réfère, en somme, au fait d'être laissé de côté ou exclu de quelque façon des processus de prise de décisions dans une situation où on a un certain intérêt matériel. Lorsqu'une partie évite de solliciter les idées de l'autre, de chercher la consultation ou l'avis au cours d'un processus de prise de décisions qui affecte **toutes** les parties, cela risque d'être considéré comme une injustice, sauf dans les situations où le besoin de solliciter la participation est mis en suspens par consentement mutuel - par exemple, dans les relations d'« autorité » (décrites ci-après), dans les situations d'urgences ou là capacité d'une partie est diminuée en raison de l'enfance, de la sénilité, du manque temporaire de conscience, etc.

L'essence du manque de participation, comme le manque d'information, *altère le consentement* des parties qui sont désavantagées parce qu'on ne leur donne aucune occasion d'exercer leur choix concernant des résultats qui les affectent matériellement.

Autant le manque d'information que le manque de participation sont des échecs de justice de procédure et les deux émanent de ce que nous pourrions qualifier de « relations de pouvoir », distinctes des relations de mutualité, de considération, d'estime et de respect. Pour ces fins, les deux ensembles de relations peuvent être caractérisés par les descripteurs suivants :

Relations de pouvoir

- **Contrôle, accumulation d'information, de ressources**
- **Utilisation ou menace de contrainte physique ou psychologique pour atteindre les objectifs**
- **Recherche d'avantages**
- **Pas de consensus**
- **Prise de position**
- **Attraction de conflit**

Relations de mutualité, de considération, d'estime, de respect

- **Partage d'information, de ressources**
- **Utilisation de la raison et de la logique pour atteindre les objectifs**
- **Recherche de terrain d'entente, d'avantage mutuel**
- **Consensus**
- **Déclaration d'intérêts, recherche de la compréhension des intérêts des autres**
- **Recherche d'harmonie**

Il n'est pas nécessaire de discuter que ces styles de relations soient mutuellement exclusifs. De toute évidence, ils ne le sont pas. La plupart des relations contiennent des éléments de chacun, leur relation avec les résultats de santé étant une fonction de proportion.

Un troisième type intermédiaire de relation devrait être décrit dans ce contexte, à savoir, les « relations d'autorité ». On peut penser à l'autorité comme l'exercice *légitime* du pouvoir de *restreindre*, où la plupart des gens considèrent que les inégalités au niveau de l'information et de la participation doivent être sanctionnées par une certaine forme de contrat social. Il y a habituellement dans les relations d'autorité des règles complexes qui gouvernent l'exercice du pouvoir public par le truchement des instruments gouvernementaux comme la police, les cours, et les bureaucraties du pays, de la province et des municipalités. Dans l'exercice du pouvoir privé - par exemple, dans les milieux de travail privés - il y a aussi de nombreuses vérifications et de nombreux équilibres imposés par le secteur public touchant les conditions d'emploi, de santé, de sécurité, etc.

Les démocraties libérales saines exercent une vigilance constante sur l'exercice d'autorité pour s'assurer qu'il ne dégénère pas dans l'exercice de pouvoir brut (ayant quelquefois des résultats inégaux). Mais la question est que l'autorité (du moins dans les démocraties libérales) est, par définition, consensuelle - au moins dans un sens historique - parce qu'elle est accordée par des processus démocratiques qui sont jugés eux-mêmes consensuels par excellence. La vraie question devient alors de maintenir la vigilance sur les limites entre l'autorité et le pouvoir pour s'assurer que l'un n'aboutisse pas dans l'autre. De toute façon, les règles qui gouvernent l'exercice d'autorité sont elles-mêmes des véhicules imparfaits de la justice de procédure de notre société. L'équité d'autorité est donc liée à la capacité de démontrer la justice de procédure en action. Les relations d'autorité ont au moins une *chance* d'être perçues comme justes, alors que les relations de pouvoir n'ont pas de telle chance.

Avec ces contrastes à l'esprit, nous pouvons revenir à la recherche qui lie les événements sociaux à la santé par la reproduction sociobiologique.

La biochimie de l'équité

La reproduction sociobiologique est étudiée avec de plus en plus d'intensité en raison des effets des relations de pouvoir sur la santé. L'accent a porté sur le manque d'influence ou de contrôle qui est susceptible d'être considéré et ressenti comme injuste.

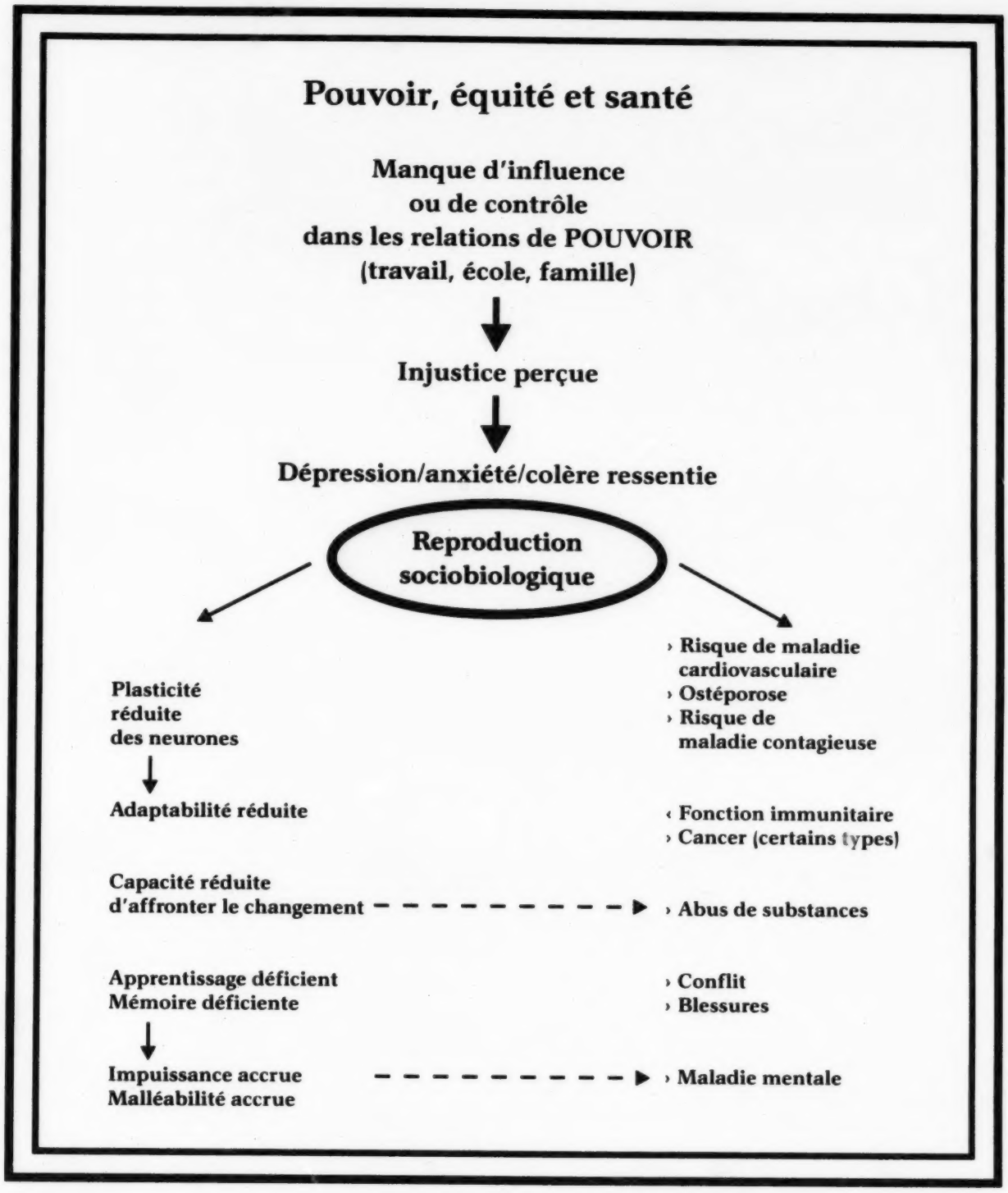
Le tableau suivant (Pouvoir, équité et santé) offre une vue d'ensemble des relations établies et posées comme principe entre le manque d'influence ou de contrôle dans les relations de pouvoir et les divers résultats de santé déterminés par les perceptions et les sentiments associés à l'injustice. L'injustice perçue dans ce paradigme doit sa place à la logique déductive jusqu'à ce que nous puissions déduire du manque de consentement compris dans les relations de pouvoir, soit une gamme d'états émotionnels incluant la dépression, l'anxiété et la colère.

À cause de la complexité de l'évidence dans ce domaine technique, veuillez vous reporter à l'Annexe 1 pour un aperçu de la littérature couvrant ce sujet. En gros, toutefois, le tableau montre l'effet des émotions sur les deux principaux domaines de fonctionnement - la santé et les capacités.

Les effets sur « la santé » incluent les maladies cardiovasculaires et contagieuses, l'ostéoporose, la fibromyalgie et diverses formes de troubles psychiques.

Les effets sur « la capacité » incluent la flexibilité réduite, la créativité, la capacité d'apprendre, de se rappeler et d'affronter le changement.

Dans les trois sections suivantes, un effort est fait pour remanier la recherche sur la santé telle qu'elle se rattache à la dynamique de la famille, de l'école et du milieu de travail dans le cadre des relations de pouvoir par rapport aux relations de considération mutuelle, d'estime et de respect. L'hypothèse est que les processus de reproduction sociobiologique connectent la dynamique de la famille, de l'école et du milieu de travail aux résultats de santé et de capacité.


Pouvoir, équité et santé
Manque d'influence
ou de contrôle
dans les relations de POUVOIR
(travail, école, famille)
Injustice perçue
Dépression/anxiété/colère ressentie
Reproduction
sociobiologique
Plasticité
réduite
des neurones
Adaptabilité réduite
Capacité réduite
d'affronter le changement
Apprentissage déficient
Mémoire déficiente
Impuissance accrue
Malléabilité accrue
› Risque de maladie
cardiovasculaire
› Ostéporose
› Risque de
maladie contagieuse
‹ Fonction immunitaire
› Cancer (certains types)
› Abus de substances
› Conflit
› Blessures
› Maladie mentale

L'équité et la santé dans les familles

Selon la recherche du dernier quart de siècle, il appert que certaines façons de diriger les familles sont plus saines pour leurs jeunes membres que d'autres. Une des scientifiques très connues dans ce domaine, Diana Baumrind, a conceptualisé le style d'art parental des familles les plus en santé comme étant « autoritaire » (Baumrind, 1991). Le style autoritaire réfère à une « constellation d'affection, de démocratie et d'exigences » (Steinberg, 1990); il peut être distingué des styles autoritaires, permissifs et même démocratiques d'art parental. Le parent autoritaire aime mais est ferme, apporte l'appui tout en exigeant. Par-dessus tout, le style autoritaire dans l'art parental *évolue* à mesure que l'enfant vieillit de façon à ce qu'il trouve des niveaux progressifs d'autonomie dans la famille en même temps que ses connaissances et ses compétences se développent. La prise de décisions est une responsabilité de plus en plus partagée entre les parents et les enfants alors que ces derniers arrivent à la maturité dans une famille autoritaire. Cela contraste avec la famille « autoritaire » où le *contrôle* des enfants par les parents est le mode dominant d'interaction qui est maintenu dans l'adolescence et plus tard. Il contraste aussi avec la famille « démocratique » où la prise de décisions partagées est une idéologie imposée souvent aux dépens d'enfants plus jeunes qui ne sont pas à la hauteur de la tâche pour participer également. Néanmoins, les familles démocratiques sont typiquement plus chaleureuses que les familles autoritaires où l'atmosphère est souvent décrite comme froide et distante. Pour cette raison, peut-être, les familles démocratiques produisent des enfants qui sont en assez bonne santé mais plus sujets à des problèmes comme l'abus de substances (Office of Technology Assessment 1991, vol. 11, p. 40; Baumrind, 1999, p. 752).

Selon Steinberg, la conclusion tirée des nombreuses revues de littérature sur les pratiques parentales et leurs résultats est que « les adolescents qui grandissent dans des foyers autoritaires ont des résultats plus élevés sur des indices de développement psychologique et de santé mentale, définis toutefois de façon virtuelle » (Steinberg, 1990). Et le Bureau d'évaluation de la technologie (Office of Technology Assessment 1991) conclut : « La recherche a démontré... que les adolescents de familles autoritaires et démocratiques sont en moyenne mieux ajustés en termes de santé mentale, d'image de soi, d'intégration sociale et de capacité de prendre des décisions indépendantes (auto-dirigées) que leurs pairs de foyers autoritaires (c'est-à-dire, les foyers où les parents exercent des contrôles rigides) ou de foyers permissifs (c'est-à-dire, des foyers où les parents ne sont pas engagés ou sont négligents dans le contrôle du comportement de leurs enfants) ».

Fonagy (1996) qui passe en revue une volumineuse littérature sur les « modèles d'attachement » dans la petite enfance et à l'enfance, et leurs relations avec la santé plus

tard, arrive à une conclusion qui ressemble beaucoup à celle de Steinberg (1990). La théorie de l'attachement (Bowlby 1969, 1973, 1980) « pose comme principe un besoin humain universel de former des liens étroits d'affection » (Fonagy, 1996, p. 129). Le « système » d'attachement est considéré comme « le contexte à l'intérieur duquel l'enfant apprend à gérer l'émotion » (*ibid.*). Les manques d'attachement du genre observé dans les familles autoritaires sont donc des indices du manque d'affection non seulement dans la petite enfance et l'enfance mais aussi à l'adolescence et à l'âge adulte.

En termes de cadre conceptuel analytique utilisé dans le présent document, les styles autoritaires d'art parental favorisent des relations de considération mutuelle, d'estime et de respect (mutualité). Les styles démocratiques d'art parental des enfants poussent dans la même direction mais sont **moins** orientés vers la mutualité que les styles autoritaires parce qu'ils ne parviennent pas à reconnaître l'incapacité relative des très jeunes membres de la famille à participer comme des égaux dans la prise de décisions et manquent de reconnaître les besoins des jeunes de se sentir supportés et structurés à l'intérieur d'un environnement émotif sécuritaire et protecteur. Dans la mesure où les relations mutuelles sont liées à un *sens de justice*, tel qu'il a été mentionné, nous pourrions prédire que les enfants considèrent les contrôles et les limites *raisonnables* comme justes parce qu'ils sont ressentis ou expérimentés comme réconfortants, englobants, calmants et propices à une sensation d'ordre et de cohérence.

Le caractère raisonnable définit, cependant, la limite objectivement confuse mais subjectivement indubitable entre l'autorité légitime d'un côté et le pouvoir illégitime de l'autre. La double nature d'ensemble de droits et d'ensemble de devoirs, dont on doit exécuter l'exercice et l'accomplissement de bonne foi, représente toute l'essence de l'autorité, et ce qui la définit. En d'autres mots, l'autorité est toujours tenue en confiance, pour être exercée dans les meilleurs intérêts de ceux qui y sont soumis.

L'idée latente de consentement, qui est à la base de l'autorité, est particulièrement problématique dans le cas des bébés et des enfants, comme le confirmeront les générations de parents, de fournisseurs de soins, d'enseignants, d'agents de police et de juges. Cependant, dans le contexte actuel, le consentement valide est fondé sur le choix libre et éclairé. La capacité de faire de tels choix s'accroît avec l'âge et la maturité, de sorte que les principes de consentement et de légitimité sont alimentés par un style d'art parental qui encourage et appuie l'émergence de cette capacité tout en reconnaissant ses défauts (ou la relativité) à un moment donné. Selon ce style (que Baumrind a qualifié « d'autoritaire »), les relations d'autorité cèdent éventuellement aux relations mutuelles lorsque l'adolescent devient un jeune adulte.

Par opposition, les styles autoritaires d'art parental, sont, par définition, fondés sur le **pouvoir** et sont associés d'une manière prévisible à une vaste gamme de résultats négatifs de santé mentale et de réussite. De plus, nous pouvons prédire avec assurance que de tels styles d'art parental sont susceptibles d'être perçus par les enfants comme injustes parce qu'ils excluent effectivement un rôle de légitimité provenant d'une capacité progressive de faire des choix libres et éclairés.

Cependant il est nécessaire de faire plus de recherche sur la fréquence et les

variations dans les styles d'art parental, esquissés ci-dessus chez les types de famille non traditionnels et parmi les groupes ethniques et de minorité raciale (Bureau d'évaluation de la technologie, 1991). Bien que les relations de pouvoir soient trouvées en toute circonstance pour donner de meilleurs résultats de santé dans les familles, nous devons nous familiariser davantage avec la variété de façons dont les relations mutuelles peuvent être articulées autour des divers groupes culturels.

Les conséquences politiques connues sur les styles d'art parental et sur la santé jusqu'à présent, nous amènent cependant à trouver des façons de mieux mettre en valeur et de développer les relations autoritaires à l'intérieur des familles. On peut faire beaucoup dans ce domaine. Par exemple, la recherche examinée peut être beaucoup mieux diffusée. Elle n'est pas difficile à comprendre, bien qu'il puisse être difficile d'accepter que certaines familles travaillent mieux que d'autres en termes de santé et de compétence. Il faut reconnaître qu'on a besoin d'en faire davantage pour comprendre la *distribution* des types de famille dans la société et jusqu'à quel point l'émergence des styles d'art parental dépend des forces socioéconomiques. Comme le Bureau d'évaluation de la technologie l'affirme, « Le degré où les familles américaines suivent ces modèles n'est pas connu » (1991).

Peu importe les questions de distribution, il devrait être possible, comme un article de politique sociale, de recommander des styles autoritaires d'art parental, de les valoriser et de les garder en haute estime. Bien qu'il y ait un manque d'information sur la fréquence de ces styles à travers les diverses couches socioéconomiques et culturelles de la population, il est clair, à partir d'anecdotes, que les relations autoritaires familiales existent presque partout. Bien que les styles autoritaires d'art parental ne soient pas susceptibles d'émerger *à cause de* la pauvreté, ils peuvent certainement émerger *en dépit* de celle-ci.

Néanmoins, cela soulève la question générale à savoir quelles conditions dans la société sont les plus susceptibles de favoriser des relations autoritaires dans les familles. À cet égard, il est facile de voir que les familles confrontées à la pauvreté et à la peur sont soumises à de sévères contraintes en termes de comportement. Afin d'être exprimés, l'amour, la chaleur et leur aspect astreignant exigent par-dessus tout la présence de parents dans le sens émotif et physique. La pauvreté est un ennemi de la croissance et du développement, mais malgré cela, certaines familles sont florissantes de santé.

Cela dit, il appert que les politiques visant à réduire la pauvreté sont aussi des politiques qui visent à enrichir la vie familiale et à tendre à améliorer les occasions d'interactions compatibles avec le style d'art parental autoritaire (Fonagy, 1996; Brunner, 1997).

L'équité et la santé dans les écoles

Il devient manifeste que la direction des écoles a un effet significatif sur la santé des étudiants et, conséquemment, sur la santé des enseignants. Beaucoup de recherche sur la façon dont les écoles produisent cet effet a été réalisée dans le contexte de la théorie « écoles en santé » (par exemple, Hurrelman, Leppin et Nordlohne, 1995; Hoy, Tarter et Kottkamp, 1991; Nutbeam et Smith, 1993; Rudd et Walsh, 1993) ou la théorie sur la culture et le climat à l'école (par exemple, Eccles, Lord et Midgley, 1991; Felner, Silverman et Adix, 1991; Trickett, 1997). Dans la plupart des comptes rendus, une école en santé signifie que les notions de justice ou de démocratie sont au moins implicites et souvent explicites comme dans la déclaration de 1997 du Réseau européen des écoles qui encouragent la santé.

Une reproduction crédible de la théorie des écoles en santé dans la pratique est l'approche de la « *santé globale à l'école* » qui agit davantage sur la preuve concernant les liens entre les environnements psychosociaux des établissements et le mieux-être (voir, par exemple, Association canadienne en santé scolaire, 1993; Grunbaum et coll. 1995; Kirby, 1990).

Les voies qui lient l'organisation scolaire et la santé semblent se retrouver principalement dans le domaine de la santé mentale, bien qu'il y ait vraiment certaines conditions préalables de base pour la santé physique sous forme d'installations sanitaires, d'hygiène, de sûreté et de sécurité. Ces conditions préalables, toutefois, peuvent être considérés comme nécessaires mais non suffisantes pour le mieux-être de l'étudiant. Si les écoles doivent encourager la santé, la recherche (voir Shain et coll., 1998 pour une revue) nous dit qu'elles doivent favoriser chez les étudiants un état émotif et cognitif caractérisé par :

- la haute estime de soi,
- une sensation de cohérence (signification),
- une sensation de compétence, de réalisation,
- un sens de la responsabilité.

Pour que les écoles réussissent à favoriser cet état favorable à la santé, elles doivent développer une culture et un climat caractérisés par :

- un sentiment de respect mutuel,
- un sens de communauté, d'appartenance, de participation,
- un sens d'ordre, de constance, de clarté,
- une atmosphère de coopération,
- un sentiment de soutien,
- un sentiment de confiance,
- un sens de sûreté et de sécurité.

Il ne faut pas se surprendre que ces conditions soient aussi celles qui favorisent l'apprentissage efficace (Black, 1997). Comme le Réseau européen des écoles favorables à la santé le conclut, « l'évidence nous démontre que les déterminants de l'éducation et de la santé sont indissolublement liés ».

Il est évident que le langage utilisé pour décrire les écoles en santé est celui de l'autorité et de la mutualité, non des relations de pouvoir, et la résonance entre la famille « autoritaire » et l'école en santé est très forte, comme on peut s'y attendre.

En dépit du haut degré de consensus sur les caractéristiques des écoles en santé, cependant, il est important de déterminer jusqu'à quel point certaines de ces caractéristiques sont, ou semblent être plus influentes que d'autres dans le façonnement de la santé des étudiants. Bien qu'il n'y ait pas de réponse définitive à cette question, il peut être utile d'y répondre en apportant dans cette vision une accumulation de théorie et de recherche qui, jusqu'à présent, a réussi à être parallèle à la théorie et à la recherche sur les écoles en santé mais n'y a pas convergé. C'est la littérature sur « l'école comme communauté juste » qui met l'accent sur le rôle d'un sens de justice comme une condition préalable à la santé mentale et à l'importance cruciale du développement prosocial, à la fois comme un déterminant et comme un résultat de la justice (voir, par exemple, Battistich et coll., 1991; Solomon et coll., 1988).

Il n'y a rien de nouveau à l'idée d'écoles comme « communautés justes ». Battistich et coll. (1991) affirment qu'elle remonte au moins jusqu'à Dewey (1916), qu'elle est conforme à la théorie cognitive-développementale de Piaget (1932-1965) et voit son exposition moderne sous la forme de la théorie de développement sociomoral de Kohlberg (Kohlberg, 1995). L'essence de l'approche est « une tentative d'amener le raisonnement et le comportement moraux en plus étroite relation en entraînant activement les étudiants vers une communauté démocratique » (Battistich et coll., 1991, p.117). La participation accrue de l'étudiant, en plus du développement de communautés plus efficaces et plus justes (ici, les écoles) s'attend à ce que le processus d'implication améliorée « développe des liens affectifs, un sens de responsabilité collective et un engagement personnel dans des normes partagées, encourageant de ce fait le comportement qui est compatible avec les normes et les valeurs de la communauté » (*ibid.*). Ce dernier énoncé nous invite clairement à considérer les relations synergistiques entre les « écoles en santé (justes) » et les « communautés en santé (justes) » (voir, par exemple, Hancock, 1997; Weaver, 1997; Twiss, 1997).

Les expériences de mise en œuvre de projets visant à améliorer la justice dans les écoles ont démontré des améliorations importantes dans le comportement favorable et amical et dans le comportement prosocial spontané (Solomon et coll. 1988). De plus, on a démontré, dans le climat de l'école, des changements positifs compatibles avec le mouvement vers « la communauté juste », qui ont résulté dans les réductions de vol, la diminution de la consommation d'alcool et de drogues, l'intégration raciale améliorée et l'augmentation des niveaux accrus de présence, de participation aux activités scolaires, d'aspirations éducationnelles et d'engagement communautaire (Battistich et coll., 1991).

Dans le contexte de l'école comme communauté démocratique, les éléments suivants de direction scolaire sont considérés

très importants pour le succès de tout projet visant à encourager le comportement prosocial (juste) chez les étudiants (Solomon et coll., 1988) :

1. Les **activités de coopération** axées sur la collaboration étudiant-étudiant et enseignant-étudiant.
2. La **discipline de développement** axée sur l'acceptation, l'autonomie de l'étudiant, le soutien, la ferveur, l'acceptation des idées de l'étudiant.
3. Les **activités de compréhension sociale** visant à accroître la compréhension et la sensibilité des étudiants aux sentiments, aux motifs et aux aspirations des autres.
4. La **mise en évidence des valeurs prosociales** en se servant d'événements ou d'incidents spontanés pour lancer une discussion sur ce que constitue le comportement prosocial (civique).
5. Les **activités d'aide** axées sur l'encouragement de l'aide mutuelle, de la réciprocité et de l'action coopérative.

Ainsi, l'école, comme la littérature et l'expérience de communauté juste, nous conduirait vers la conclusion provisoire que, des quatre principales caractéristiques de l'état émotif/cognitif favorisant la santé décrite plus tôt, il y a un effet de cascade dans lequel un sens de responsabilité (engendré par la pratique du comportement prosocial) contribue à un sentiment de compétence et de cohérence qui, en retour, favorise l'estime de soi.

Cet effet de cascade réfère à ce que l'*école* peut faire pour favoriser la santé. Nous supposons que les étudiants *apportent avec eux* à l'école toutes les caractéristiques émotives/cognitives décrites, mais que l'école peut soit élaborer sur celles-ci ou les détruire selon la façon dont elle est dirigée. En ce sens, l'école est un intermédiaire des autres influences sur la santé, particulièrement celles de la famille et de la communauté.

En effet, cela signifie que les écoles jouent un rôle intermédiaire significatif concernant les effets néfastes sur la santé de la population occasionnés par les différences socioéconomiques des classes mentionnées par plusieurs chercheurs. Par exemple, une école dirigée selon les principes d'autorité et de relations mutuelles, et consciente des préceptes de « communauté juste » a le potentiel de *réduire* l'effet des différences socioéconomiques en santé au niveau de la population en *haussant* le degré auquel les étudiants se respectent à travers les lignes socioculturelles. Cet effet peut être particulièrement notable dans les écoles où le corps étudiant est varié du point de vue socioéconomique, culturel et ethnique. Toutefois, à l'inverse, une école dirigée selon le principe de relations de pouvoir (que ce soit par conception ou par défaut) a le potentiel d'aggraver les perceptions de distance sociale et d'inégalité, amplifiant ainsi les effets des différences socioéconomiques au niveau de la population.

Il est intéressant et indiscutablement important de réfléchir sur la *façon* dont la direction de l'école affecte la santé physique et mentale, et de faire progresser notre compréhension par une recherche accrue. Par exemple, comment et pourquoi la participation améliorée de l'étudiant dans la direction de l'école dans le contexte d'une philosophie de communauté juste contribue-t-elle à un plus grand sens de cohérence, et finalement à une plus grande estime de soi? Antonovsky (1979) propose que la réponse se trouve dans le « sens de cohérence » lui-même, prônant que c'est une force « salutogénique » ou de

promotion de la santé. Il définit le sens de cohérence comme une « orientation globale qui exprime le point jusqu'où quelqu'un a un sentiment de confiance puissant et durable quoique dynamique que les environnements internes et externes de chacun sont prévisibles et qu'il y a une forte probabilité que les choses fonctionneront aussi bien qu'on peut raisonnablement s'y attendre » (Antonovsky 1979, p.123, voir aussi : Antonovsky 1992, 1993). En plus des éléments de prévisibilité, de confiance et d'optimisme donnés dans cette définition du sens de cohérence, Antonovsky continue à élaborer qu'une perception de « légalité » et la légitimité de l'autorité est fondamentale comme l'est une perception de l'environnement de chacun comme significatif et compréhensible. On a argumenté précédemment que la *fondation* d'une perception de légitimité dans les relations d'autorité est un choix libre et éclairé qui est une condition préalable pour donner ou refuser le consentement valide. On peut alors argumenter davantage que le sens de cohérence d'Antonovsky porte sur le consentement par excellence jusqu'au point où les gens sont au moins capables de le donner ou de le refuser.

L'antithèse de la cohérence serait probablement l'aliénation ou même l'anomie, des états qui sont reconnus antagonistes de la santé mentale solide chez les jeunes gens (voir, par exemple: Calabrese, 1987; Maton, 1990; Nightingale et Wolverton, 1988; Nutbeam et coll., 1993; Resnick et coll., 1993). Il se produit souvent en recherche sur « la santé » beaucoup plus d'études de la maladie et de troubles que sur le mieux-être et le bon ordre, de sorte que nous sommes présentement forcés de juger la signification de la cohérence davantage par son absence que par sa présence.

Afin de compléter la connexion théorique entre la direction de l'école et la santé, nous avons encore besoin d'un autre lien. Ce lien est l'émotion. Comment se *sent-on* d'avoir un robuste sens de cohérence? Antonovsky nous fournit quelques indices qui, bien qu'ayant besoin d'un examen plus approfondi, esquissent les composantes émotives du sens de justice ou d'équité listées au début du présent document. Là, se pose l'hypothèse que le sens d'équité était un amalgame ou quelque synthèse émotive d'ordre supérieur de sentiments de confort, de mieux-être, de calme et d'ordre. À l'inverse, un sens d'injustice serait ressenti de diverses façons, notamment par de l'anxiété, de la dépression, de la colère et du désordre (pas nécessairement tous en même temps!). Cette juxtaposition de la cohérence et de l'équité, bien sûr, soulève la question à savoir si ou jusqu'à quel point elles sont les mêmes choses. Tout ce que l'on peut dire à ce sujet est qu'une recherche plus approfondie est nécessaire sur le lien émotif de la structure sociale (dans ce cas-ci, les écoles) et de la santé (voir Williams, 1998 pour un compte rendu sociologique de « la façon dont la société affecte profondément la santé à l'intérieur du corps humain »).

L'équité et la santé dans les milieux de travail

Les relations fondées sur le pouvoir sont la norme dans le milieu de travail. Tous ceux qui travaillent dans une relation d'emploi connaissent ce que c'est que d'être soumis au pouvoir ou à une personne qui exerce le pouvoir. Souvent, les mêmes personnes sont à la fois soumises au pouvoir et à celles qui exercent les pouvoirs, parce qu'elles sont à un certain point intermédiaires dans une hiérarchie plutôt qu'au sommet absolu ou tout à fait au bas de l'échelle. Les relations mutuelles se produisent aussi dans le milieu de travail, quelquefois entre des gens qui, selon la loi de l'emploi, sont employeur et employé. Cependant, le véritable langage de la relation d'emploi en est un de pouvoir et de contrôle. Légalement, l'emploi est défini *par référence* au contrôle ou au pouvoir. Si l'élément de pouvoir n'est pas là, la loi stipule que la relation n'en est pas une d'emploi mais quelque chose d'autre, tel qu'un partenariat, une relation entrepreneur-client, ou une relation commettant agent. Les règles d'emploi, même dans des environnements de convention collective, tournent sur le principe cardinal que l'employeur peut contrôler les moyens, la manière et la méthode de la performance de l'employé dans l'emploi. L'insubordination est née des raisons principales de renvoi reconnue par la loi. Cela peut signifier aussi peu que le désaccord sur les moyens, la manière ou la méthode de travail, même si le subordonné connaît mieux que son supérieur la façon la plus efficace, la plus efficiente de d'exécuter le travail (voir Shain 1992 pour une revue).

Cette vue plutôt sévère de l'emploi est en fait la réalité *juridique*. Cependant, la source d'influence de telles relations n'est pas maintenue en attirant l'attention sur cette réalité juridique mais plutôt en détournant l'attention de celle-ci. Cette diversion s'accomplit en plaçant la relation d'emploi avec tous les signes extérieurs d'autorité - c'est-à-dire, en suggérant qu'elle a la légitimité née du consentement derrière elle. Les spécialistes légaux importants qui sont devenus conseillers aux plus haut niveaux gouvernementaux (du moins aux É.-U.) ont argumenté rigoureusement que la relation d'emploi existe à l'intérieur d'une économie de marché ouvert où les « vendeurs » de travail sont tout à fait libres d'accepter ou de rejeter les conditions de travail qu'ils peuvent trouver déplaisantes ou désagréables. Cependant, cette façon extrême de penser « liberté de contrat » est considérée idéologique par beaucoup d'autres spécialistes légaux qui proposent que la supposée « négociation » entre l'employeur et l'employé est surtout une affaire prédestinée dans laquelle la plupart des termes sont suggérés et établis avant que les parties se rencontrent. Fait très important, les termes sont en très grande majorité en faveur des employeurs. Le statu quo persiste probablement parce que, pour une longue période de temps, les employeurs ne montrent pas activement leur jeu, étant soucieux de maintenir une illusion d'autorité bienveillante (pour une revue de ces débats, voir Shain, 1991, 1992).

Bien que certains employeurs aient tenté avec peu de succès de briser le moule des relations de pouvoir comme la norme en milieu de travail, ils ont affronté de sérieux obstacles en le faisant. Les plus sérieux obstacles sont la socialisation et la formation non seulement des gérants et des surveillants mais aussi des employés dont beaucoup sont imprégnés de la tradition des pratiques de direction hiérarchiques. La loi sur l'emploi (les règles qui s'occupent des milieux de travail non syndiqués) et la loi sur le travail (les règles qui s'occupent de convention collective) sont complices dans le maintien du statu quo en vertu des doctrines qui lient les protections et les avantages accordés par l'emploi à une exigence de non-participation essentielle dans l'organisation du travail (Shain, 1992).

La nature fondamentale des relations de pouvoir dans le milieu de travail n'est pas alliée par la négociation collective. En effet, la théorie et la pratique de la négociation collective sont établies sur la prémisse que le pouvoir doit accueillir le pouvoir. Par conséquent, la syndicalisation a servi à accentuer la source d'influence des relations de travail plutôt que de l'atténuer. Ainsi, elle a complètement fait la lumière sur le degré jusqu'où elle est déformée en faveur des employeurs.

C'est évident que, à travers l'exercice du pouvoir, par rapport à l'autorité, le bien d'une partie est amélioré et le bien d'une autre partie est diminué. Là où les relations de pouvoir sont garanties par la loi, il n'y a rien pour empêcher cette amélioration et cette diminution de devenir chronique, c'est-à-dire certains (peu) vont habituellement gagner et les autres (plusieurs) vont habituellement perdre. De plus, la sévérité du différentiel de pouvoir s'accroît en proportion du nombre de rangs entre les parties. Les structures de la direction bureaucratique sont développées sur des principes hiérarchiques fondés sur des règles, qui tendent à enfermer les parties dans des différentiels de pouvoir institutionnalisés (Weber, 1921-1968).

Tel qu'il a été indiqué ci-dessus, les relations mutuelles peuvent fonctionner de façon informelle à l'intérieur de telles relations de pouvoir institutionnalisées mais l'usage du pouvoir est toujours l'option de défaut ou la carte maîtresse. Une partie du processus d'institutionnalisation des relations de pouvoir comprend le développement d'une culture en milieu de travail qui l'appuie. La culture réfère aux croyances et aux compréhensions partagées dans un groupe ou une communauté stable et cohérente. Là où le pouvoir est accepté comme la base des relations dans le milieu de travail, il y a peu d'élan vers le changement. Bien sûr, l'acceptation du pouvoir ne signifie pas qu'on l'aime ou qu'on le désire, mais simplement qu'il est produit et toléré.

La recherche a identifié deux principales façons où les relations de pouvoir peuvent donner des résultats de santé et de sécurité qui sont négatifs pour plusieurs et bénins pour quelques-uns. On décrit ces processus dans ce qui est connu comme le *modèle demande/contrôle* et le *modèle du déséquilibre effort/récompense*. Ironiquement, bien que les deux modèles traitent de l'exercice et des conséquences du pouvoir, aucun n'insiste sur le pouvoir comme la force qui les conduit.

Le *modèle demande/contrôle* est un paradigme théorique vérifié de façon empirique qui énonce que le faible contrôle (avoir trop peu d'influence sur l'organisation quotidienne de votre propre travail) combiné à la forte demande (avoir trop à faire sur une trop longue période avec des échéanciers

constamment imposés) contribue à une variété de résultats négatifs de santé et de sécurité. Ces résultats seront bientôt expliqués plus en détail, mais, en bref, ils incluent des taux élevés de maladie contagieuse, de maladie cardiovasculaire, de problèmes de santé mentale, de dépendance à l'alcool et aux drogues et de certains types de blessures (Karasek et Theorell, 1990).

Le modèle du déséquilibre effort/récompense est aussi un paradigme théorique vérifié de façon empirique qui révèle que la faible récompense (recevoir trop peu de compensation, ou de reconnaissance pour l'effort en termes de statut accordé, de gain financier ou d'avancement de carrière) ajouté au grand effort (des niveaux élevés d'énergie mentale et/ou physique dépensée pour atteindre un but organisationnel) contribue à une variété de résultats négatifs de santé importants parmi lesquels on retrouve les problèmes de maladie cardiovasculaire et de santé mentale, notamment l'anxiété et la dépression (Siegrist, 1996; Bosma, Siegrist et Marmot, 1998).

En ce qui concerne le *processus* qui lie forte demande/faible contrôle et grand effort/faible récompense aux résultats négatifs de santé, il est nécessaire de conceptualiser ces conditions comme des *éléments de stress* qui, lorsque maintenus sur d'assez longues périodes, produisent de la *tension* chez ceux qui y sont soumis. En termes de « reproduction sociobiologique » discutée précédemment, on pense que la tension apporte des changements dans la chimie du cerveau, qui occasionnent des expériences affectives négatives, notamment la dépression, l'anxiété ou la colère (selon l'individu). En retour, l'état affectif négatif lance une variété d'attaques complexes sur le système immunitaire, dont la défaite rend l'individu plus susceptible aux assauts bactériens et viraux (Cohen et coll., 1991; Jemmott et Locke, 1984; Kiecolt-Glaser et Glaser, 1995).

Quand nous reformulons les conditions de forte demande/faible contrôle et grand effort/faible récompense comme des manifestations de relations de *pouvoir* dans le milieu de travail, il devient évident que nous traitons avec ce que Williams (1998) définit essentiellement comme une économie politique d'énergie émotive ou de « capital » où, par conception, on retrouve des gagnants et des perdants. Finalement, la monnaie de cette transaction ou de cet échange inégal est la santé mentale et physique des acteurs concernés.

Cependant, afin de constater les « lignes de pouvoir » de ces modèles, il est nécessaire d'utiliser un discours plus simple pour les décrire et de considérer le fait que, en grande partie, les conditions de forte demande/faible contrôle et grand effort/faible récompense ne surgissent pas au hasard *mais par choix*. Les gérants et employeurs décident de l'organisation du travail, de sorte que les gérants et employeurs choisissent de créer ces conditions négatives, et ces décisions sont souvent prises avec le but explicite ou implicite de maintenir le pouvoir et le contrôle sur les autres. Bien qu'il soit vrai que la *nature* du travail à faire limite souvent les *façons* de pouvoir le faire, il reste presque toujours une zone de discrétion disponible aux gérants grâce à laquelle, en relation avec leurs subordonnés, ils peuvent choisir de donner ou de retenir un certain degré de contrôle. C'est l'exercice de cette discrétion qui est de signification capitale aux employés en ce qui a trait à leur santé mentale et physique.

Compatible avec la définition pratique de l'équité proposée au début du présent document, l'exercice du pouvoir par les employeurs/gérants, qui entraîne des problèmes de santé et de sécurité chez les employés est sans doute *injuste* si ces conséquences n'étaient pas négociées librement avec toute l'information fournie dans le contrat d'emploi au moment de l'embauche. En d'autres mots, si les pertes de santé et de sécurité n'étaient pas contemplées de façon raisonnable par les parties au début de la relation d'emploi, leur imposition unilatérale subséquente peut être considérée injuste à cause du « manque d'information » et du « manque de participation ».

Lors d'une récente enquête qui utilisait le questionnaire du Système de promotion de santé en milieu de travail de Santé Canada, l'auteur a trouvé que les employés soumis aux conditions de forte demande/faible contrôle et grand effort/faible récompense sont beaucoup plus susceptibles que les autres de voir leur employeur comme injuste et irrespectueux.

L'exercice de pouvoir par les employeurs/gérants, qui entraîne des problèmes de santé et de sécurité chez les employés, est aussi *injuste* si ces conséquences pouvaient raisonnablement être prévisibles et prévenues par les personnes qui exercent le pouvoir et si, tel que mentionné ci-dessus, ces conséquences n'avaient pas été librement négociées avec toute l'information fournie au début de la relation d'emploi. L'injustice dans ce contexte signifie alors l'imposition illégale de méfaits par négligence, insouciance ou intention.

À ce jour, on peut démontrer qu'une variété de résultats négatifs de santé et de sécurité sont raisonnablement prévisibles comme résultat de l'exercice du pouvoir dans le milieu de travail. Ces résultats négatifs sont le mieux documentés dans le contexte des modèles de demande/contrôle et de déséquilibre d'effort/récompense décrits plus haut. Tel qu'il a été observé, ces modèles traitent à fond le pouvoir et les relations mutuelles. La preuve liant les relations de forte demande/faible contrôle et grand effort/faible récompense (grand pouvoir/faible statut) aux résultats négatifs de santé et de sécurité peut être résumée de la façon suivante :

> Les conditions de forte demande/faible contrôle *à l'extrême* (le niveau de demande de 25 p. 100 le plus élevé, le niveau de contrôle de 25 p. 100 le plus bas) comparées aux conditions de forte demande/contrôle élevé et faible demande/contrôle élevé sont associées à :
>
> - plus de deux fois le taux de problèmes cardiaques et cardiovasculaires (en effet, ces conditions sont l'équivalent de fumer, d'avoir des kilos en trop, de ne pas être en forme, de mal se nourrir);
> - des taux beaucoup plus élevés d'anxiété, de dépression et de démoralisation;
> - des niveaux beaucoup plus élevés d'usage d'alcool et de drogues sur ordonnance/en vente libre;
> - une susceptibilité beaucoup plus grande à une vaste gamme de maladies contagieuses.
>
> (Gardell, 1992; Greenberg et Grunberg, 1995; Johnson et coll., 1996; Karasek et Theorell, 1990; Matthews et coll., 1987; Theorell et coll., 1997).
>
> Les conditions *à l'extrême* de grand effort/faible récompense (le niveau d'effort de 33 p. 100 le plus élevé, le niveau

de récompense de 33 p. 100 le plus bas) comparées aux conditions de grand effort/grande récompense sont associées à :

- plus de trois fois le taux de problèmes cardiovasculaires;
- une fréquence beaucoup plus élevée d'anxiété, de dépression et de problèmes liés au conflit.

(Bosma et coll., 1998; Siegrist, 1996).

Les conditions de forte demande/faible contrôle et les conditions de grand effort/faible récompense sont associées à :

- la plus grande fréquence de maux de dos (jusqu'à trois fois les taux trouvés dans les conditions de forte demande/grand contrôle et de grand effort/grande récompense);
- la plus grande fréquence de lésions attribuables au travail répétitif (LATR) (on a rapporté des taux d'excès jusqu'à 150 p. 100).

(Polanyi et coll., 1997; Shannon et coll., 1996; Shannon et coll., 1997; Smith, 1997).

Une combinaison des conditions de grande demande/faible contrôle et de grand effort/faible récompense sont mis en cause ainsi que d'autres éléments stressants plus généraux du milieu de travail, dans la précipitation du cancer colorectal. Lors d'une récente étude bien menée, les gens qui subissaient de telles conditions négatives ont eu plus de cinq fois le taux de cancer colorectal.

(Courtney et coll., 1993).

Si, comme il en a été discuté, les relations de pouvoir dans le milieu de travail résultent en des pertes injustes pour les employés et, si la culpabilité, dans certains cas, peut être attribuée à la production de ces pertes, alors on doit chercher des solutions, plus particulièrement depuis que nos lois d'emploi et de travail sont complices dans le maintien de cet état des affaires. On pourrait affirmer que la recherche d'une alternative est en fait un impératif démocratique.

Une forme de direction du milieu de travail fondée sur les relations mutuelles est non seulement possible, mais est aussi une autre solution à la direction fondée sur les relations de pouvoir. La nomenclature la plus commune pour les styles de gestion fondés sur les relations mutuelles est la direction « participative » ou « coopérative ».

De toute évidence, les résultats négatifs de santé et de sécurité rapportés ci-dessus peuvent être modifiés en introduisant des changements à l'organisation du travail en raison d'une attention particulière à accroître le contrôle et la récompense ou les conditions mutuelles. En d'autres mots, les résultats individuels de santé et de sécurité sont *sensibles* aux changements organisationnels visant à réduire la dépendance sur les relations de pouvoir. Le stress *peut* être apaisé « à la source » et cela *peut* produire des résultats positifs de santé et de sécurité (Elden, 1986; Gardell, 1982; Greenberg, 1986; Johnson et Johanson, 1991; Kaplan et Rankin, 1993; Kolodny et Stjernberg, 1986; Macy et Izumi, 1993; Painter et Smith, 1986).

Il n'est pas prouvé que de telles solutions de direction mutuelle soient parfaites. En effet, elles exigent un travail intensif si elles doivent se développer complètement et être disponibles sur une grande échelle. Elles exigent aussi un type de leadership dans les organisations, auquel on réfère comme l'« intendance ». L'intendance connue comme une façon de diriger une

organisation en est encore à ses premiers pas, bien que le nombre de rapports sur son usage augmente maintenant très rapidement.

On retrouve beaucoup de comptes rendus dans la littérature sur ce à quoi ressemble la direction participative. Le présent document, ne cherche pas à passer en revue ces comptes rendus mais plutôt à identifier ce qui semble commun parmi eux. Il décrit le substrat commun de ces comptes rendus comme laissant entendre un régime de direction du milieu de travail appelé « division du travail de bonne foi ». La division du travail de bonne foi « décrit un système de relations d'emploi où les parties sont appelées à reconnaître et à respecter la covalidité des droits, des réclamations et des intérêts de chacun dans le processus de combinaison de l'organisation et de la conception du travail » (Shain, 1991, p.27). De façon spécifique, la division du travail de bonne foi peut être articulée grâce à deux principes directeurs :

1. Bien que, dans plusieurs cas, les entreprises seront dirigées selon une certaine forme de base hiérarchique, l'exercice du pouvoir accordé à la gestion doit être soumis et conditionnel à la participation des employés dans l'organisation et la conception du travail (en d'autres mots, le pouvoir devient l'autorité en raison du consentement).
2. Les employés doivent reconnaître et épouser les objectifs économiques de gestion ou être liés au service de la gestion et, une fois qu'on leur offre l'occasion et l'information requises pour les idées et l'influence, ils doivent s'efforcer à atteindre ces objectifs par leur participation à l'organisation et à la conception du travail.

À partir de ces principes et de la définition de la division du travail de bonne foi, il deviendra manifeste que la direction participative entraîne un nouveau type de contrat social entre employeurs et employés dans lequel la transaction va bien au-delà de l'échange de services et de salaires. En effet, alors que l'échange traditionnel de salaires pour des services peut être caractérisé comme étant principalement *calculatif* ou fondé sur la *singularité* des intérêts dans le contexte de relations de *pouvoir*, l'échange à l'intérieur d'une division du travail de bonne foi peut être caractérisé comme étant principalement moral, ou fondé sur la *pluralité* d'intérêts dans le contexte de relations *mutuelles*. L'exigence de bonne foi entraîne l'usage d'un processus à travers lequel la reconnaissance mutuelle et le respect pour les intérêts et objectifs de chacun peuvent être réalisés. Une forme d'un tel processus qui a été grandement mis à l'essai est la « négociation réglée par des principes ». Il s'agit d'une méthode selon laquelle les parties entament leurs délibérations sur l'hypothèse que chacun favorisera son propre ensemble d'intérêts mais que, parmi ces intérêts, il est habituellement possible de trouver suffisamment d'éléments communs sur lesquels fonder les accords de travail. « De tels accords doivent maximiser la distribution équitable d'avantages et de désavantages grâce à la combinaison des divisions de travail, par laquelle les participants font ce qu'ils font de mieux tout en exerçant une influence continue sur ce que les autres font et comment ils le font » (Shain, 1991, pp.27-28).

Quant au rôle de la participation dans la division du travail de bonne foi, on doit généralement insister sur le fait que les droits et les devoirs sont compris. Alors, bien que les employés devraient, de *droit*, avoir l'*occasion* de donner leurs idées sur

des décisions qui affectent leur qualité de vie au travail, l'*information opportune* sur laquelle fonder ces idées et l'*influence* avec laquelle s'assurer que leurs idées sont utilisées, font que les employés ont *par devoir*, l'exigence d'exercer ce droit dans les intérêts de leur employeur ainsi que dans leur propre intérêt. En ayant ce principe à l'esprit, on peut estimer que la participation de l'employé dans l'organisation et la conception du travail se produit quand ceux qui sont soumis aux contrats de service ou aux conventions collectives avec les employeurs :

- ont raisonnablement d'influence dans la détermination des moyens, de la manière et des méthodes de leur travail quotidien, sujets aux contraintes de choix imposées par la nature de l'entreprise;
- ont l'information opportune de l'employeur concernant les dangers dans l'environnement physique et psychosocial du milieu de travail, que l'employeur connaît ou devrait connaître;
- ont l'information opportune sur les questions de production et d'efficience de l'employeur, suffisante pour avoir des idées collectives utiles pour les décisions de l'employeur sur les ventes, les fusions, les déménagements, les expansions, les réductions et d'autres réorganisations de l'entreprise en autant que de telles décisions soient susceptibles d'avoir un effet matériel sur les employés;
- ont des idées collectives sur les politiques et règlements corporatifs qui réglementent la santé, la sécurité, la promotion, la démotion, la discipline, le transfert et le renvoi;
- ont le pouvoir de véto (sujet à la revue subséquente par une tierce partie) sur des exigences de remplir des tâches *non négociées* qui sont, d'une manière prévisible, non sécuritaires, malsaines ou répugnantes aux valeurs et sensibilités morales très répandues;
- sont libres de contester collectivement des changements répréhensibles apportés unilatéralement aux politiques et règlements selon qu'ils sont déraisonnables pour ne pas avoir été consultés.

Le langage utilisé dans la présente description de la division du travail de bonne foi et la participation comprend des termes qui demandent une clarification opérationnelle. Une façon de fournir cette clarification est de présenter le langage sous forme d'une ébauche de législation avec un index d'interprétation. Par exemple, Shain (1991) a présenté un statut proposé appelé *The Participation at Work Act* (*Loi sur la participation au travail*) qui comporte les droits et devoirs de participation et un ensemble de procédures pour sa mise en œuvre. Cependant, l'intention d'un tel exercice n'est pas de proposer sérieusement la législation mais plutôt d'aiguillonner la discussion sur les modalités de la division du travail de bonne foi.

En résumé, on peut conclure que la direction du milieu de travail se fie typiquement sur les relations de pouvoir. Cela signifie que, dans l'économie politique de la santé, le mieux-être et la sécurité de plusieurs personnes sont mis en péril dans les mains de peu de personnes. Cette situation est injuste pour les nombreuses personnes, étant donné que la loi sur l'emploi et la loi sur le travail l'endossent et la soutiennent.

D'autres formes de direction en milieu de travail fondées sur les relations mutuelles (participation) sont plus justes pour les employés parce qu'elles favorisent des niveaux plus élevés de consentement libre et éclairé à la négociation d'emploi et aux permis de niveaux de participation authentique plus élevés. Ce faisant, elles contribuent à des résultats supérieurs en santé et en sécurité. Finalement, les relations mutuelles sont susceptibles d'être plus efficientes que les relations de pouvoir, puisqu'elles contribuent à une productivité et une compétitivité supérieures. Ainsi, pour des raisons d'équité et d'efficience, nous devons bouger rapidement vers les relations en milieu de travail, fondées davantage sur la mutualité et moins sur le pouvoir.

Conclusion et conséquences sur les politiques

Le présent document se penche principalement sur les *relations de pouvoir* (celles caractérisées par des menaces implicites ou explicites ou par l'usage de contrainte) qui sont constamment associées aux résultats négatifs de santé chez ceux qui y sont soumis. Cela semble être vrai dans tous les milieux sociaux et institutionnels considérés ici : familles, écoles et milieux de travail. Cela contraste avec les *relations mutuelles* (celles caractérisées par l'estime, la considération et le respect mutuels) qui sont constamment associées à des résultats de santé positifs.

Les relations de pouvoir sont susceptibles d'être considérées comme *injustes* par ceux qui y sont soumis et cette perception d'injustice peut elle-même contribuer à la précipitation d'une variété de résultats négatifs parce qu'elle est intrinsèquement, un mélange toxique d'états émotifs caractérisés par l'anxiété, la dépression, la colère et l'aliénation. Ces états émotifs sont connus pour être complices dans les processus psychoneuroimmunologiques (la « reproduction sociobiologique ») qui contribuent à la maladie tout en étant souvent débilitants de leur plein droit.

Il a aussi été discuté que l'étendue de l'équité dans les relations à l'intérieur de milieux sociaux spécifiques (familles, écoles, milieux de travail) a la capacité de revigorer ou de diminuer les effets des différences de classe socioéconomique de la population sur la santé.

L'incidence politique du présent témoignage qui lie le pouvoir, la mutualité et l'équité à la santé sont vastes en elles-mêmes, mais d'autres conséquences touchent aussi la structure de base de notre société. Si nous choisissons de nous diriger vers les principes de relations mutuelles et d'équité, il semble que nous choisissons la *cohésion sociale* parce que la mutualité et l'équité lient les gens. Si, par choix ou par défaut, nous adoptons les principes de relations de pouvoir avec leur injustice implicite et quelquefois explicite, il semble que nous invitons la *désintégration sociale* parce que le pouvoir et l'injustice séparent les gens. Il est difficile de déterminer exactement dans le temps où une société s'en va en termes de sa dépendance sur le pouvoir ou sur les relations mutuelles et en termes de son engagement à l'équité. Cependant, avec le temps, il deviendra apparent que les divisions socioéconomiques s'élargissent ou rapetissent. C'est l'ultime indice ou le produit net de ce qu'une société fait sur les dimensions de pouvoir et de mutualité. En règle générale, les relations de pouvoir agrandissent et les relations mutuelles rétrécissent les divisions entre les gens tant en termes économiques que sociaux. Ainsi, au plus haut niveau de vision et de planification nationales, nous devons nous demander : quel genre de société voulons-nous et que sommes-nous prêts à faire pour y arriver? Et comme le langage du pouvoir et de la mutualité est aussi, par définition, le langage de l'équité, nous devons nous

demander : sommes-nous engagés à une société juste, ou non? Nous devons réaliser que si nous ne le sommes pas, nous paierons un prix supérieur à la distribution inégale de la santé : nous paierons en termes de cohésion et d'identité sociales.

À l'intérieur de ce vaste concept d'équité, nous devons explorer plus en détail et de façon continue le degré jusqu'où nous nous préoccupons vraiment du choix libre et éclairé comme étant la fondation du consentement valide et de la légitimité dans la direction des familles, des écoles et des milieux de travail. Ici, nous devons entrer dans des débats délicats sur les limites entre les domaines publics et privés, le droit des gouvernements de réglementer les affaires de chacun et les coûts et avantages des diverses options de politique. À ce débat, le présent document contribue quelques questions clés que nous devons considérer à la lumière des connaissances que nous acquérons sur l'équité et la santé.

Nous savons maintenant que :

1. la santé est produite, créée, construite en grande partie par les choix que nous faisons à propos de notre comportement les uns envers les autres dans les familles, les écoles et les milieux de travail et que
2. l'équité, la légitimité et le consentement sont indispensables à ce lien entre notre comportement et notre santé et que
3. il y a une économie politique de santé dans laquelle certains gagnent au détriment des autres, rarement avec quelque chose qui approche le choix libre et éclairé.

Comment devrions-nous changer notre comportement?

Les réponses à cette question passeront par le spectrum politique et culturel de notre société. La perspective de l'auteur doit donc se trouver quelque part à l'intérieur de ce spectrum. Les lecteurs noteront une tendance juridique. Ainsi, nous pouvons argumenter que lorsque le méfait est raisonnablement prévisible, cette connaissance attire un devoir de prévenir ce méfait par tout moyen raisonnable disponible. Le mot « raisonnable » apporte la résolution de ce qui peut être prévu et prévenu à l'intérieur du cadre des normes communautaires qui, au Canada, semblent être de plus en plus diversifiées. Dans ce contexte, nous devons nous demander jusqu'à quel point cette pluralité peut diminuer ou encourager la cohésion sociale et l'identité nationale. À tout le moins, il peut être valable de proposer que le principe juridique et éthique sous-jacent à l'idéal de prévisibilité raisonnable du méfait - quelquefois appelé le « principe du voisin » - devrait être élevé au statut d'une image éthique nationale à laquelle toutes les cultures et croyances peuvent souscrire. Cela signifie que le principe du voisin doit être discuté plus ouvertement et ses paramètres définis et redéfinis parce que nous apprenons davantage sur les façons dont notre comportement influence les autres dans leur entité.

Toutefois, une première étape dans la formulation de politiques au plus haut niveau semblerait être une tentative vigoureuse pour faire grandement connaître le prix à payer pour tolérer ou encourager les relations de pouvoir dans notre société. Il serait sage d'apporter et de rendre plus accessible les éléments de preuve que nous possédons déjà des études sur les familles, les écoles et les milieux de travail en santé. Le présent document représente une première étape dans le regroupement de ces éléments de preuve à l'intérieur d'un cadre conceptuel, mais il est clair que l'avenir nous réserve beaucoup en termes de mettre la structure du cadre à l'essai par le truchement d'une recherche plus poussée et de promouvoir la discussion publique des divers éléments à l'intérieur de celle-ci.

Bibliographie

Alinsky S.D. (1971). Rules for Radicals: a realistic primer for realistic radicals. Random House. New York.

Antonovsky A. (1992). Can attitudes contribute to health? *Journal of Mind-Body Health* 8(4): 33-40.

Antonovsky A. (1993). The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine* 36(6): 725-733.

Antonovsky A. (1979). *Health, Stress and Coping* Jossey-Bass. San Francisco.

Battistich V., Schaps E., Solomon D. et Watson M. (1991). The Role of the School in Prosocial Development. Dans : H.E. Fitzgerald et coll. (éds.) *Theory and Research in Behavioral Pediatrics*, Vol. 5. Plenum Press. New York.

Baumrind D. (1991). Parenting Styles and Adolescent development. *The Encyclopaedia on Adolescence* vol. II. R.M. Lerner, A.C. Petersen, J. Brooks-Gunn (éds.). Garland Publishing Inc. New York.

Baxter D. (n.d.) Building Healthy Communities. Lectures in Health Promotion Series. Centre for Health Promotion, University of Toronto, and "ParticipAction" Toronto.

Black S. (1997). Creating Community. *The American School Board Journal*. Juin, 32-35.

Blaxter M. (1997). Whose Fault is it? People's own Conceptions of the Reasons for Health Inequalities. *Social Science and Medicine* 44(6): 747-756.

Bosma H., Marmot M.G., Hemingway H., Nicholson A.C., Brunner E., Stansfeld S.A. (1997). Low Job Control and Risk of Coronary Heart Disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British Medical Journal* 314: 558-565.

Bosma H. Peter R., Siegrist J. et Marmot M. (1998). Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *American J. Public Health* 88(1): 68-74.

Brunner E. (1996). The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers Chapter 15 in D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson (éds.) Health and Social Organization. Toward a Health Policy for the Twenty-first Century. New York. Routledge.

Brunner E. (1997) Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal* 314: 1472-1476.

Calabrese R.L. (1987). Alienation: its causes and impact on adolescent health. *The High School Journal* 71(1): 14-18.

Canadian Association for School Health (1993). *Health, Learning and Environmental Citizenship.* Disponible à C.A.S.H. 1133-160, rue "A", White Rock (Colombie-Britannique) V4A 7G9.

Cohen S., Tyrrell D.A.J. et Smith A.P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine* 325(9): 606-612.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population.* Un rapport de la Conférence des ministres de la Santé, Halifax (Nouvelle-Écosse) du 14 au 15 septembre 1994.

Courtney J.G., Longnecker M.T., Theorell T. et coll. (1993). Stress Life Events and the Risk of Colorectal Cancer. *Epidemiology* 4(5): 407-414.

Dahl R. (1970). *After the Revolution: authority in a good society.* Yale University Press. New Haven.

Davidson R.J., Abercrombie H., Nitschke J.B. et Putnam K. (1999). Regional brain function, emotion and disorders of emotion. *Current Opinion in Neurobiology* 9:(2) 228-234.

Dewey J. (1916). *Democracy and Education.* Macmillan. New York.

Dhabhar F.S. et McEwan B.S. (1999) Enhancing versus suppressive effects of stress hormones on skin immune function. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA* 96(3): 1059-1064.

Drevets W.C. (1998). Functional neuroimaging studies of depression: the anatomy of melancholia. *Annual Review of Medicine* 49, 141-361.

Duman R.S., Heninger G.R. et Nestler E.J. (1997). A molecular and cellular theory of depression *Archives of General Psychiatry* 54(7): 597-606.

Dworkin R. (1978). *Taking Rights Seriously.* Duckworth. London.

Eccles J.S., Lord S. et Midgley C. (1991). What are we doing to early adolescents? The impact of educational contexts on early adolescents. *American Journal of Education* 99(4): 521-542.

Elden M. (1986). Socio-technical Systems Ideas as Public Policy in Norway: empowering participation through w(ɾker-managed change. *Journal of Applied Behav ɔural Science* 22(3): 239-255.

European Network of Health Promoting Schools (1997). Conference Resolution. WHO Regional Office for Europe. URL: http://www.who/dk/tech/inv/resolution.htm.

Evans R.G. (1994). Introduction. From: Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations. Éditeurs R.G. Evans, M.L. Barer et T.R. Marmor. Aldine de Gruyter. New York.

Evans R.G., Barer M.L. et Marmor T.R. (éds.) (1994). Why are some people healthy and others not? Determinants of health of populations. Aldine de Gruyter. New York.

Everson S.A., Lynch J.W., Chesney M.A. et coll. (1997). Interaction of workplace demands and cardiovascular reactivity in progression of carotid atherosclerosis: population based study. *British Medical Journal* 314: 553-558.

Felner R.D., Silverman M.M. et Adix R. (1991). Prevention of Substance Abuse and Related Disorders in Childhood and Adolescence: a developmentally based comprehensive ecological approach. *Family and Community Health* 14(3): 12-22.

Fisher R. et Ury W. *Getting to Yes: negotiating agreement without giving in.* Houghton Mifflin. Boston.

Flynn B.C., Ray D.W. et Rider M.S. (1994). Empowering Communities: action research through Healthy Cities. *Health Education Quarterly.* 21(3): 395-405.

Fonagy P. (1996) Patterns of attachment, interpersonal relationships and Health. Chapter 8 in D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson (éds.) Health and Social Organization. Toward a Health Policy for the Twenty-first Century. New York. Routledge.

Freire P. (1990). *Pedagogy of the Oppressed.* Continuum Press. New York.

Freund P.E.S. (1990). The Expressive Body: a common ground for the sociology of emotions and health and illness. *Sociology of Health and Illness* 12(4): 452-477.

Gardell, Bertil (1982). Scandinavian Research on Stress in the Workplace. *International Journal of Health Services* 12(1): 31-41.

Glassman A.H. et Shapiro P.A. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. American *Journal of Psychiatry* 155(1): 4-11.

Grunbaum J., Gingiss P., Orpinas P. et coll. (1995). A Comprehensive Approach to School Health Program Needs Assessments. *Journal of School Health* 65(2): 54-59.

Greenberg E.S. (1986). Workplace Democracy: The political effects of participation. Cornell University Press. Ithaca, New York.

Greenberg E.S. et Grunberg L. (1995). Work alienation and problem alcohol behavior. *Journal of Health and Social Behavior* 36(mars) 83-102.

Hancock T. (1997). Healthy Cities and Communities: past, present and future. *National Civic Review.* 86(1): 11-22.

Hoy W.K., Tarter C.J. et Kottkamp R.B. (1991) *Open Schools, Healthy Schools: measuring organizational climate*. Sage Publications. Newbury Park.

Hurrelman K., Leppin A. et Nordlohne E. (1995). Promoting Health in Schools: the German example. *Health Promotion International* 10: 121-131.

Jemmott J.B. et Locke S.E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation and human susceptibility to infectious diseases: how much do we know? *Psychologic Bulletin* 95(1): 780-108.

Jewkes R. et Murcott A. (1998). Community Representatives: representing the community? Social *Science and Medicine* 46(7): 843-858.

Johnson J.V. et Johansson G. (éds.). (1991). *The Psychosocial Work Environment: Work Organization, Democratization and Health.* Baywood Publishing Company. Amityville, N.Y.

Johnson J.V., Stewart W. et coll. (1997). Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *American Journal of Public Health* 86(3): 324-331.

Kaplan M. et Rankin T. (1993, mai). Quantitative measures from organizations undergoing major change in the way work is performed: a survey of 18 Canadian workplaces. Gouvernement de l'Ontario : Toronto.

Karasek R. et Theorell T. (1990). Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York, N.Y.: Basic Books Inc.

Kemper T.D. (1991). Predicting Emotions from Social Relations. *Social Psychology Quarterly* 54(4): 330-342.

Kemper T.D. (1981). Social Constructionist and Positivist Approaches to the Sociology of Emotions. *American Journal of Sociology* 87(2): 336-363.

Kemper T.D. et Collins R. (1990). Dimensions of Microinteraction. *American Journal of Sociology* 96(1): 32-68.

Kiecolt-Glaser J.K. et Glaser R. (1995). Psychoneuroimmunology and Health Consequences: data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine* 57: 269-274.

Kirby D. (1990). "Comprehensive school health and the larger community: Issues and a possible scenario". *Journal of School Health* 60: 170-177.

Kohlberg L. (1985). The Just Community Approach to Moral Education in Theory and Practice. Dans : M. Berkowitz et F. Oser (éds.) *Moral Education: theory and application*. Lawrence Erlbaum. Hillsdale, N.J.

Kolodny H. et Stjernberg T. (1986). The Change Process of Innovative Work Designs: new design and redesign in Sweden, Canada and the U.S. *Journal of Applied Behavioural Science* 22(3): 287-301.

Lane R.D., Reiman E.M., Ahern G.L., Schwartz G.E. et Davidson R.J. (1997). Neuroanatomical correlates of happiness, sadness and disgust. *American Journal of Psychiatry* 154(7): 926-933.

Lyon M.L. (1994). Emotion as Mediator of Somatic and Social Processes: the example of respiration. Dans : W.M. Wentworth et J. Ryan (éds.) Social Perspectives on Emotion. vol. 2. JAI Press, Greenwich, Conn.

Macy B.A. et Izumi H. (1993). Organizational change, design and work organization: a meta-analysis, in *Research in Organizational Change and Development* vol. 7, Woodman et W. Pasmore, éditeurs. J.A.I. Press Inc.

Margarinos A.M., Verdugo J.M. et McEwan B.S. (1997). Chronic stress alters synaptic terminal structure in hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U.S.A.* 94(25): 14002-14008.

Marmot M.G., Smith G.D., Stansfeld S., Patel C., North F., Head J., White I., Brunner E. et Feeney A. (1991). Health Inequalities among British Civil Servants: The Whitehall II Study. *Lancet* 337: 1387-1393.

Maton K.I. (1990). Meaningfully Involvement in Instrumental Activity and Wellbeing: studies of older adolescents and at-risk urban teenagers. *American Journal of Community Psychology* 18(2): 297-320.

Matthews K.A. et coll. (1987). Stressful work conditions and diastolic blood pressure among blue collar factory workers. *American Journal of Epidemiology* 126(2) 280-291.

McEwan B.S. (1997). Hormones as regulators of brain development: life-long effects related to health and disease. *Acta Paediatrica Supplement*. 422: 41-44.

McEwan B.S. (1998). Stress, adaptation and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences* 840: 33-44.

McEwan B.S. (1998). Seminars in Medicine of the Beth Israel Deaconess Medical Center: protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine* 338(3): 171-179.

McEwan B.S. (1999). Stress and hippocampal plasticity. *Annual Review of Neuroscience* 22: 105-122.

McMahon C. (1989). Managerial authority. *Ethics*. 100: 33.

Nightingale E.O. et Wolverton L. (1988). *Adolescent Rolelessness in Modern Society*. Carnegie Council on Adolescent Development. Washington D.C.

Nutbeam D., Smith C. et coll. (1993). Warning! Schools can damage your Health: alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health* 29(1): 25-30.

Office of Technology Assessment, Congress of the United States (1991). *Adolescent Health vol. II*: background and the effectiveness of selected prevention and treatment services. Springfield, VA.

Painter B. et Smith T.J. (1986). Benefits of a participatory safety and hazard management program in the British Columbia Forestry and Logging Organization. Dans : O. Brown Jr. et H.W. Hendrick (éds.). Human Factors in Organizational Design and Management II. Elsevier Science Publishers B.V. (North-Holland).

Piaget J. (1965-1932). *The Moral Judgement of the Child*. (M. Gabain, Trans.) Free Press. New York.

Poland B.D. (1996, a). Knowledge Development and evaluation in, of and for Healthy Community Initiatives: Part II: potential content foci. *Health Promotion International* 11(4): 3451-349.

Poland B.D. (1996, b). Knowledge Development and Evaluation in, of and for Healthy Communities initiatives. Part 1: guiding principles. *Health Promotion International* 11(3): 237-247.

Polanyi M.F.D., Cole D.C., Beaton D.E. et coll. (1997). Upper Limb Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Newspaper Employees: cross-sectional survey results. *American Journal of Industrial Medicine* 32: 620-628.

Power C. et Hertzman C. (1997). Social and biological pathways linking early life and adult disease. *British Medical Bulletin* 53: 210-221.

Rawls J. (1971). *A Theory of Justice*. Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge, Ma.

Reagan L.P. et McEwan B.S. (1997) Controversies surrounding glucocorticoid - mediated cell death in the hippocampus. *Journal of Chemical Neuroanatomy* 13(3): 149-169.

Resnick M.E. et coll. (1993). The Impact of Caring and Connectedness on Adolescent Health and Wellbeing. *Journal of Humanities and Social Sciences* 2(7): 62-70.

Rudd R.E. et Walsh D.C. (1993). Schools as healthful environments: prerequisite to Comprehensive School Health. *Preventive Medicine* 22: 499-506.

Sapolsky R.M. (1993). Endocrinology Alfresco: Psycho-endocrine Studies of Wild Baboons. *Recent Progress in Hormone Research* 48: 437-468.

Schnall P.L., Schwartz J.E., Landsbergis P.A., Warren K., Pickering T.G. (1992). Relation between job strain, alcohol and ambulatory blood pressure. *Hypertension* 19: 488-494.

Seeman T.E., McEwan B.S., Singer B.H., Albert M.S. et Rowe J.W. (1997). Increase in urinary cortisol excretion and memory declines: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 82(8): 2458-2465.

Seeman T.E., Singer B.H., Rowe J.W., Horwitz R.I., McEwan B.S. (1997). Price of adaptation-allostatic load and its health consequences: MacArthur studies of successful aging. *Archives of Internal Medicine* 157: 2259-2268.

Shain M. (1992). Labour Law is a Hazard to your Health: implications for reform. Issues in Health Promotion series. Centre for Health Promotion, University of Toronto.

Shain M. (1991). The Right of Employees to Participate in the Organization and Design of Work: a legal and social analysis. Doctoral thesis, University of Toronto, Faculty of Law.

Shain M., Johnston M., Dalton T. et Gauvin-Fleurant A. (1998). *Influences on the Health of Adolescents at School: in search of the modifiable*. Centre for Health Promotion. Issues in Health Promotion Series #10. University of Toronto and ParticipAction. Toronto.

Shannon H.S., Mayr J. et Haines T. (1997). Overview of the Relationship between Organizational and Workplace Factors and Injury Rates. *Safety Science* 26(3): 201-217.

Shannon H.S. et coll. (1996). Workplace organizational correlates of lost-time accident rates in manufacturing. *American Journal of Industrial Medicine*. 29: 258-268.

Smith M.J. (1997). Psychosocial aspects of working with video display terminals (VDTs) and employee physical and mental health. *Ergonomics* 40(10): 1002-1015.

Solomon D., Watson M.S., Delucchi K.L., Schaps E. et Battistich V. (1988). Enhancing Children's Prosocial Behavior in the Classroom. *American Educational Research Journal* 25(4): 527-554.

Steinberg L. (1990). Autonomy, Conflict and Harmony in the Parent-Adolescent Relationship. Dans : S.S. Feldman et G.R. Elliott (éds.). *At the Threshold: the developing adolescent*. Harvard University Press, Cambridge MA.

Tarlov A.R. (1996) Social determinants of health: the sociobiological translation. Chapitre 5 dans D. Blane, E. Brunner et R. Wilkinson (éds.) Health and Social Organization. Towards a Health Policy for the Twenty-first Century. New York. Routledge.

Theorell T., Tsutsumi A., Hallquist J. et coll. (1997). Decision Latitude, Job Strain and Myocardial Infarction: a study of working men in Stockholm. *American Journal of Public Health* 88(3): 382-388.

Townson M. (1999). Health and Wealth: how social and economic factors affect our wellbeing. Canadian Centre for Policy Alternatives. James Lorimer and Co. Ltd. Toronto.

Trebilcock M.J. (1993). *The Limits of Freedom of Contract*. Harvard University Press. Cambridge, Ma.

Trickett E.J. (1997). Ecology and Primary Prevention: reflections on a meta-analysis. *American Journal of Community Psychology*. 25(2): 197-206.

Twiss J. (1997). California's Healthy Cities: governance in action. *National Civic Review* 85(1): 81-91.

Tyler T.R., Boeckmann R.J., Smith H.J. et Huo Y.J. (1997) Social Justice in a Diverse Society. Westview Press (Perseus). Oxford.

Vaidya V.A., Siuciak J.A., Du F., Duman F.S. (1999). Hippocampal mossy fiber sprouting induced by electroconvulsive seizures. *Neuroscience* 89(1): 157-166.

Vienna Recommendations on Health in Towns (1988). Proposals of the Council of Europe, Organisation mondiale de la santé et Ville de Vienne. Vienne, 1988.

Weaver J. (1997). Implementing the Vision: growing a Healthy Communities initiative. *National Civic Review*. 86(1): 61-66.

Weber M. (1921-1968). Economy and Society (3 volumes) Bedminster Press. Totowa N.J.

Wilkinson R.G. (1997). Socioeconomic Determinants of Health: Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standard. *British Medical Journal* 314(22, février) : 591-595.

Williams S.J. (1998). "Capitalising" on Emotions? Rethinking the inequalities in health debate. *Sociology* 32(1): 121.

Woodroffe C., Glikman M., Barker B., Power C. (1993). *Children, Teenagers and Health*. Buckingham. Open University Press.

Annexe 1
Notes sur la reproduction sociobiologique

- En raison des technologies, notamment l'imagerie de résonnance magnétique (IRM) et la tomographie d'émission positron (TEP), les scientifiques sont davantage capables de « tracer » ce qui se produit dans et au cerveau sous des conditions stressantes telles l'anxiété et la dépression (Drevets, 1998; Lane et coll., 1997). En effet, il semble que toutes les émotions ont des « signatures » biochimiques et neurobiologiques qui peuvent être détectées par des techniques d'imagerie.
- Le stress peut se définir comme l'« usure » biochimique et neurobiologique ou comme le « poids allostatique » (McEwan, 1998). La preuve de la charge allostatique peut être recueillie grâce à des indices tels que :
  - la pression sanguine systolique,
  - le cortisol urinaire nocturne et l'excrétion de catécholamine,
  - le rapport de la mesure de la taille aux hanches,
  - la valeur d'hémoglobine glycosylatée,
  - le rapport du HDL au cholestérol du sérum total,
  - la concentration de sérum de sulfate de déhydroépinadrostérone,
  - le cholestérol HDL .
- Fait non surprenant, la charge allostatique (telle que mesurée par les indices donnés) est associée à différents taux de maladie cardiovasculaire, d'hypertension et de diabète (Seeman, Dinger et coll., 1997).
- Dans le cerveau, le stress chronique (charge allostatique excessive) peut causer « l'atrophie des dendrites des neurones pyramidaux dans la région CA_3 de l'hippocampe » (McEwan, 1998, p.175). Ces neurones peuvent actuellement être tués (*ibid.* p.176). Cela affecte la mémoire verbale et la mémoire en contexte (particulièrement le contexte émotif).
- Le système immunitaire a un genre de réaction au stress en forme de cloche. Dans la phase d'alarme, *aiguë*, « le stress a l'effet d'appeler les cellules immunitaires à leur poste de combat » (*ibid.* p.176), mais dans la phase *chronique*, le système immunitaire devient inhibé. Cette chimie d'alarme soutenue initie des processus qui la structure et la fonction d'une variété de cellules et de tissus (*ibid.*, figure 2, p.173).
- L'élévation des niveaux de cortisol du sérum qui accompagne le stress et la dépression chroniques, est associée à l'inhibition de la formation des os (du moins chez les femmes) et avec l'ostéoporose (*ibid.* p.173).

- Le dommage causé par le stress aux systèmes du cerveau comme l'Axe hypothalamique - pituitaire - surrénal (axe HPS) chez certaines personnes déclenche une activité compensatoire de la part d'autres systèmes. Cependant, cela peut mener à ses propres problèmes parce que, sans la compensation de produits chimiques des autres systèmes (par exemple, l'axe HPS), les compensateurs peuvent devenir destructeurs. Ce processus semble être engagé dans la fibromyalgie, le syndrôme de fatigue chronique et dans certaines formes de dermatite (*ibid.* p.175).
- L'hippocampe est une partie très plastique et vulnérable du cerveau, engagée dans la mémoire spatiale et contextuelle. C'est une cible de choix pour les hormones de stress provenant des gonades, de la thyroïde et du bulbe rachidien (Margarinos et coll., 1997; McEwan, 1999). Ces hormones, *en excès*, provoquent la mort du neurone bien qu'*un certain* niveau de ces hormones soit nécessaire pour la croissance normale et le maintien du neurone (Reagan et McEwan, 1997).
- En effet, le stress aigu, et par définition, à court terme peut améliorer le fonctionnement du système immunitaire (résistance aux virus, bactéries, champignons) alors que le stress chronique peut le diminuer (Dhabhar et McEwan, 1999).
- Le stress qui mène à la dépression, peut mener à la réduction de l'expression du facteur neurothrophique provenant du cerveau (FNPC) qui est associé à l'atrophie des neurones de l'hippocampe et à une réduction de la *dimension* générale de la région de l'hippocampe (Duman, Heninger, Nestler, 1997; Vaidya et coll., 1999).
- Les gens déprimés sont plus susceptibles de souffrir de crises cardiaques et d'en mourir (Glassman et Shapiro, 1998).

Annexe 2
Commentaires des consultations communautaires

Le présent document, a été soumis lors de son élaboration, à divers groupes à travers le pays sous la forme de « consultations communautaires ». Celles-ci ont eu lieu à Vancouver, St. John's (Terre-Neuve), Ottawa, North Bay et Toronto. Certains commentaires des auditoires ont amené des révisions du texte, mais d'autres ont été d'une telle importance qu'ils méritent ici une attention spéciale. Ces commentaires sont présentés sous la forme de trois questions génériques ou défis. Pour cela, plusieurs façons de dire ou de demander la même chose ont été synthétisées, simplement dans l'intérêt d'en faciliter la lecture.

Dans chaque cas, un effort a été fait pour répondre, non avec une intention de clore les questions soulevées mais plutôt de continuer la discussion.

Les féministes ne l'ont-elles pas dit les premières?

Les groupes de femmes et les écrivains féministes ont longtemps attiré l'attention sur l'injustice du pouvoir comme la base de relations entre sexes dans des partenariats intimes, la famille et le milieu de travail. La présente analyse appuie la critique féministe mais dit que les relations de pouvoir sont dominantes dans toutes les sphères de l'activité humaine, peu importe le sexe. La conséquence de l'analyse générale, par rapport à l'analyse féministe, est que nous avons besoin de nous retirer de l'idée d'« habilitation » comme la solution aux déséquilibres des relations de pouvoir. L'habilitation, comprise de différentes façons par différentes gens, tend à viser à la répartition du pouvoir entre les individus et les groupes. La thèse de la présente analyse est que nous devons regarder au-delà de l'habilitation vers la mutualité. La différence est loin d'être insignifiante. Avec l'habilitation, le mieux que nous puissions réaliser est un équilibre de pouvoir entre les parties qui tiennent et défendent leurs propres positions - que ces positions soient psychologiques/émotives, financières, contractuelles, physiques ou autres. L'objet de la mutualité est de se retirer de ces positions permettant aux parties de comprendre et de tenter d'accommoder les intérêts mutuels.

Quelle est la base morale du *principe du voisin*?

Le *principe du voisin*, bien qu'enchassé dans la loi, est d'abord une règle morale qui détient son autorité des traditions et croyances religieuses et culturelles de beaucoup de gens différents à travers l'histoire enregistrée. Sa formulation particulière et son expression dans le contexte juridique canadien doivent beaucoup à l'histoire romano-judéo-chrétienne de notre système judiciaire. Il est important - voire essentiel

– les discussions aient lieu autour de l'appel interculturel du *principe du voisin*. Différents groupes peuvent choisir d'exprimer de différentes façons les prémisses sous-jacentes de ce principe. Cependant, à cause de sa valeur face à notre système juridique (au Québec et dans les autres provinces et territoires), le *principe du voisin* ne devrait pas être facilement rejeté comme culturellement mal présenté. C'est difficile de concevoir une société ou une culture qui ne donne pas une certaine expression à ce principe, cependant il peut être encadré. Et finalement, nous devons décider, en tant que société, ce que nous pouvons accepter comme la base de notre futur comme nation, plutôt que de notre passé. Dans cet esprit, nous pouvons même désirer considérer comment la preuve de l'adhérence au *principe du voisin* dans divers milieux institutionnels peut former un élément d'indices innovateurs de santé sociale qui serviraient comme équilibres aux indices de «santé » économique traditionnelle comme le produit national brut et le produit domestique brut.

Le *principe du voisin* est réellement ce qui soutient plusieurs de nos règlements concernant la discrimination. Bien que les règles sur la discrimination nous disent quoi ne pas faire, le *principe du voisin* nous donne une règle générale de comportement positif, proactif. Il énonce que nous devons rechercher les conséquences de notre comportement pour les autres gens, que nous pouvons raisonnablement prédire. À ces fins, la loi établit une norme relativement élevée qui peut dépasser celle de certaines communautés. Cependant, comme société, nous voudrons peut-être élever la norme afin qu'elle soit vue de tous, plutôt que d'être facilement ignorée ou oubliée quelque part.

Est-ce que les gens qui se plaignent d'injustice sont des poules mouillées?

Il existe souvent un point de vue non exprimé voulant que les gens qui se plaignent d'injustice sont simplement trop sensibles. L'expression « poule mouillée » surgit de temps en temps. Bien qu'il soit sans doute vrai que certaines gens sont plus sensibles que d'autres à l'injustice (tant en termes de perception que de sensation), deux observations fournissent le contexte essentiel de la façon dont nous pourrions considérer ce phénomène « d'impact différentiel ».

D'abord, il y a l'observation de la variabilité naturelle. Celle-ci réfère au fait que le même genre de personnes, sous différentes conditions, se sentent et se conduisent différemment. Par exemple, même des jumeaux identiques élevés dans des environnements familiaux radicalement différents peuvent présenter des comportements différents. Par conséquent, nous devrions viser à développer des environnements institutionnels dans nos familles, écoles et milieux de travail qui sont très propices à la plus grande santé du plus grand nombre. Le seul type d'environnement propice est celui caractérisé par la mutualité plutôt que par le pouvoir. Les relations de pouvoir comprennent beaucoup de perdants et peu de gagnants ; les relations mutuelles ne comprennent que des gagnants – certains peut-être plus que d'autres, mais des gagnants néanmoins.

Vient ensuite l'observation de la *réversibilité*. Quand on fait de sérieux efforts pour passer du pouvoir à la mutualité, la proportion de gens qui se plaignent de stress et d'injustice diminue. Par conséquent, si la remise de pouvoir superflu ne produit plus cet inconfort à court terme pour le donateur mais des avantages à long terme pour le « bénéficiaire » en termes de santé mentale et physique, quel argument (dans notre société) pourrait appuyer la rétention du pouvoir par peu aux dépens de plusieurs?